

Avancerad nivå
Uppsatskurs 15 hp

HT 2019

Fysisk aktivitet i den psykiatriska heldygnsvården

Patienters upplevelser

Physical activity during psychiatric care

The inpatients' experiences

Författare: Christina Frantzén Almberg

Handledare: Kent-Inge Perseius

Examinator: Jörgen Medin

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Alltmer evidens återfinns för att fysisk aktivitet främjar psykisk hälsa. Fler interventioner av det slaget implementeras i heldygnsvården. För att säkra kvalitén på dessa behövs fler studier där inskrivna patienters upplevelser beskrivs

Syfte: Syftet var att beskriva patienters upplevelser av fysisk aktivitet under sin vårdtid på en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning.

Metod: Studien är empirisk med en kvalitativ, induktiv ansats med intervju som metod. Datasamlingen gjordes via semistrukturerade intervjuer, där deltagarna var 10 patienter inskrivna i psykiatriska heldygnsvården. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Dataanalysen av de tio intervjuerna gav tre kategorier varav en var uppbyggd av fem subkategorier: *Fysisk aktivitet i avdelningens vardag*: Upplägg och miljö kring den fysiska aktiviteten, Träningsledaren, Vad fysisk aktivitet gör för patienten, Mer jämlik vårdrelation, Förbättringsförslag från patienterna; *Hindrande Faktorer* samt *Främjande faktorer*.

Slutsats: Fysisk aktivitet är positivt på många plan. Till exempel när känslan av att klara av saker infinner sig; när vårdpersonal tränar tillsammans med patienten; när tiden på avdelningen blir mer hanterbar. Psykiatrijuksköterskan är dessutom i sin yrkesroll lämpad att se vad som hindrar eller främjar fysisk aktivitet för patienten.

Klinisk betydelse: Att denna omvårdnadsåtgärd kan fortsätta att användas.

Nyckelord: fysisk aktivitet, psykiatrisk omvårdnad, hälsofrämjande, egenmakt, heldygnsvårdsavdelning, inskriven patient

ABSTRACT

Background: Nowadays there is evidence that physical activity works as a health promotion intervention in psychiatric inpatient care. More and more interventions are being introduced. To ensure the quality of care, more studies with inpatients experiences are requested.

Purpose: The purpose of this study was to describe the inpatient's experience of physical activity in a psychiatric inpatient care facility

Method: The study was conducted empirically with a qualitative, inductive approach with interview as a method. The data was collected through semi-structured interviews, the participants were ten psychiatric inpatients. The data were analyzed with qualitative content analysis.

Outcome: The results of the data analyze were compiled in three categories where one category consisted of five subcategories. *Physical activity in the everyday life in the psychiatric ward:* Arrangements and settings for physical activity. The training coach, The perceived effect of physical activity, The nurse-patient relationship becomes more equal and The patients suggestions of quality improvements, *Barriers* and *Facilitators*

Conclusion: In general, physical activity was viewed in a positive way by the inpatients; they felt empowered after exercise, especially when the staff participated. The complex everyday life of the ward also became easier to manage. The psychiatric nurse is suitable to recognize barriers and facilitators towards being physically active.

Clinical impact: Physical activity can continue to be used as a psychiatric nursing intervention.

Key-words: physical activity, psychiatric nursing, health promotion, empowerment, psychiatric ward, inpatient

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	i
ABSTRACT	ii
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Heldygnsvårdskontexten	2
Patienten i heldygnsvården.....	4
Psykiatrisk omvårdnad	6
Fysisk aktivitet som hälsofrämjande omvårdnad	7
Allmänt om fysisk aktivitet	10
Tidigare forskning på fysisk aktivitet inom psykiatriska heldygnsvården.....	10
Teoretiskt perspektiv	11
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE.....	13
METOD.....	14
Design.....	14
Ramen för fysisk aktivitet på två psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar	14
Urval.....	15
Datainsamlingsmetod	15
Dataanalys	17
Etiska aspekter.....	19
RESULTAT	21
Deltagare	21
Kategorier.....	21
Fysisk aktivitet i avdelningens vardag	22
Upplägg och miljö kring den fysiska aktiviteten	22
Träningsledaren	23
Vad fysisk aktivitet gör för patienten	24
Mer jämlik vårdrelation.....	25
Förbättringsförslag från patienterna	25
Hindrande faktorer	25
Främjande faktorer	26

DISKUSSION	29
Metoddiskussion.....	29
Resultatdiskussion	32
Egenmakt främjar hälsa.....	33
Slutsats	40
Klinisk betydelse	41
Förslag på vidare forskning.....	41
REFERENSER.....	42
BILAGOR.....	i
Bilaga 1 Intervjuguide	i
Bilaga 2 Informerat samtycke	iii
Bilaga 3 Deltagarinformation	iv
Bilaga 4 Förfrågan till kliniken	v
Bilaga 5 Aktivitetsscheman för två psykiatriska heldygnsvårdavdelningar	vi
Bilaga 6 Öppenvårdens träningschema	viii

INLEDNING

Vetskapen om att det finns en koppling mellan psykisk hälsa och fysisk aktivitet har funnits länge men har inte artikuleras som åtgärd den psykiatriska vården, mycket på grund av att den traditionellt skett utifrån dikotomin kropp och psyke (Callaghan 2004; Faulkner & Biddle, 2002). Fysisk aktivitet har adresserats och använts inom den psykiatriska vården men har mer betraktats som en avledande manöver (Callaghan 2004; Faulkner & Biddle, 2002). Personal har tänkt att den är ett livsstilsval och något patienten väljer själv att utföra (a.a.).

Det finns numera evidens för att använda fysisk aktivitet som hälsofrämjande omvårdnadsåtgärd i det här vårdområdet (Faulkner & Biddle, 2002; Lassenius, Arman, Söderlund, Åkerlind, & Wiklund-Gustin, 2013). Med stöd av Socialstyrelsen kan även fysisk aktivitet rekommenderas som behandling och återfallsprevention mot depression och annan psykisk sjukdom (Choi et al., 2019; Martinsen, Hovland, Kjellman, Taube & Andresson, 2016, Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen & Annemans, 2013; Wigzell, 2016). Stödet och acceptansen för att nyttja åtgärden, i både heldygns- och öppenvården är starkt och det råder närmast ett momentum för implementering av den (Lederman et al., 2017; Rosenbaum et al., 2016; Stanton & Happell, 2014).

Ovanstående beskrivningar ligger i linje med att Världshälsoorganisationen (eng. World Health Organization) [WHO] (1986) vill att vårdsektorn skall arbeta med att främja hälsa. Men det räcker inte med endast den sektorn utan det måste ske genom samarbete mellan länder (globalt), regeringar, ekonomiska och sociala instanser, frivilligorganisationer, lokala aktörer som företag och även media (WHO, 1986). Forskning visar att ett hälsofrämjande vårdande med fördel kan adresseras redan under inneliggande psykiatrisk vård (Bartlem et al., 2017; Knight, Bolton, Coakley, Kopeski & Slifka, 2015; Svedberg, 2011).

BAKGRUND

Heldygnsvårdskontexten

Historiskt sätt har heldygnsvården funnits med som fenomen ett tag. Den har omgärdats av många ideologier, åtgärder och aktiviteter av olika slag. Här följer några nedslag.

En tidig vårdenhet var William Tuke's The Retreat i York, England, grundad cirka år 1800 (Foucault, 1992; Kibria & Metcalfe, 2016). Den ansågs bedriva mer modern och human vård av personer med psykisk problematik. Väsentliga idéer fanns om utformning av en hälsofrämjande miljö i och kring vårdbyggnaden. Personalens beteende och bemötande utgick också från denna utformning. Samt, att placera patienter i grupper för att personer i liknande situation skulle kunna stötta varandra. Han lyfte även fram betydelsen av att se kropp och psyke som en helhet varvid kost och även fysisk aktivitet (eng. exercise) beskrivs vara av största vikt att monitorera på vårdinstitutioner (a.a.). I Sverige fanns de stora institutionernas tid, placerade under första hälften av 1900-talet (G. Svedberg, 2002; 2014). Då fanns en strävan från den psykiatriska vården att likna den kroppsliga dito. Psykiatrin byggdes ut; skötare utbildades och sjuksköterskor anställdes. Man föreställde sig att ineliggande vård gjorde gott för hälsan. Psykiatrins ställning skulle stärkas och bli än mer human. Vården innefattade mer somatiska behandlingar än sådana relaterade till miljö och restriktioner i denna. Långbad och sänklägesbehandling ordinerades. Även att arbeta ansågs också som en behandling; arbetsterapi infördes. Fysisk aktivitet fanns men ansågs mer lämpad för män än kvinnor. Mediciner blev vanligare; när neuroleptikan (för behandling av psykoser) infördes på 50-talet upplevdes det som en stor förändring i vården. Patienterna ansågs bli lugnare och kunde skrivas ut tidigare men upplevdes samtidigt som avtrubbade. Från patientperspektivet kunde vårdavdelningen ses som en fristad för återhämtning och samtidigt som något tråkigt, ostimulerande och hopplöst. Medpatienterna beskrevs som värdefulla, de kunde dela erfarenheter med varandra. Vårdarna var också centrala i systemet och blev "granskade" av patienterna. (a.a.). Vidare har det funnits idéer om fördelar med antingen öppna eller stängda avdelningar. I början på 1970-talet argumenterade Rachlin (1973) för den stängda psykiatriska intensiv-vårdavdelningen jämfört med den öppna som var i ropet då. Han ansåg att en öppen vårdavdelning inte kunde ge den terapeutiska miljön med gränser, skydd och ramverk som vissa patienter var betjänta av (a.a.). På 1990-talet skedde i Sverige den psykiatriska reformen då vårdorganisationer endast skulle fokusera på behandling och vård (Lindqvist, Rosenberg & Fredén, 2011).

I nuläget kan personer som vårdas frivilligt och ofrivilligt vistas på samma avdelning med låsta dörrar (Region Stockholm, 2019). Den ene får välja när den går ut och den andre har mer restriktioner (a.a.).

Det kan nämnas att en person med behov av psykiatriskt stöd kan genomgå en process av in- och utskrivningar, transitioner i vården (Wright, Rowley, Chopra, Gregoriou & Waring, 2015). Det är inte ovanligt att dessa beskrivs som komplicerade och att patientens röst (önskemål, upplevelser) på grund av vårdsystemet med sina olika instanser, ansvar och agendor riskerar att ges liten plats. Diskussionen kring avdelningarnas sängplatser är också närvarande här; patienter kan anses ha svårt att få plats eller blir utskrivna för tidigt (a.a.). Enligt Lindqvist et al. (2011) har heldygnsvårdsplatserna i svensk psykiatrikontext minskat sedan 1970-talet medan diagnoserna har ökat.

Läkare från en akutmottagning, jourmottagning eller psykiatriska öppenvården är den som bedömer om inskrivning i heldygnsvård är nödvändig (Lindqvist, 2012; Region Stockholm, u.å.) Avdelningsprofiler i den psykiatriska heldygnsvården är intensivvård, akutvård och rättspsykiatrisk vård (Region Stockholm, u.å.). Där längden på vårdtillfällena och aktiviteterna varierar. För att få en ungefärlig uppfattning om hur många som behöver vårdas inneliggande kan det nämnas att det under 2018 registrerades 3224 stycken vårdtillfällen i storstadsregionen Stockholm (region Stockholm utom Norrtälje, u.å.) Rättspsykiatriska vårdavdelningar inkluderade. De två avdelningarna som återfinns i studien hade 323 respektive 334 vårdtillfällen under samma period (a.a.).

Om en person blir inskriven erhåller denna vård som regleras av hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 2017:30). Lagen säger att vårdpersonalen ska ta hand om skador eller sjukdomar i utredande, förebyggande och behandlande syfte, med människans grundläggande demokratiska rättigheter på olika nivåer som fundament. Inom aktuell kontext används även lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT (SFS:1991:1128) för att främja en eventuellt motvillig patients medverkan i behövlig vård; men mot en i slutändan frivillig form. Denna behövliga vård beskrivs i lagen endast kunna ges inom just en sjukvårdsinstitution som bedriver psykiatrisk dygnet runt-vård (villkor finns även för öppen psykiatrisk tvångsvård). Det förklaras att denna vårds nödvändighet härrör från att en person lider av en grav psykisk störning och att denna anses ogynnsam för andras personliga trygghet eller psykiska och fysiska ohälsa (a.a.). Lagen om Rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1129) används på

avdelningar där personer på grund av begångna allvarliga brott blivit dömda till frihetsberövande och samtidig vård och behandling eftersom de bedömts påverkas av en allvarlig psykisk störning. Hälso- och sjukvårdspersonal som vanligtvis återfinns på heldygnsvårdsavdelningarna är mentalskötare, sjuksköterskor, läkare (psykiatriker), kuratorer och ibland psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster (Lindqvist, 2012).

Patienten i heldygnsvården

Om det utifrån en klinisk bedömning visar sig att en person har tydliga problem med sin känsloreglering, sitt tänkande (kognition) eller sitt beteende relaterat till dysfunktionella processer i ens utveckling, biologi eller psykologi kan denna bedömas ha psykisk sjukdom (Världshälsoorganisationens klassifikation över sjukdomar (eng. International Classification of Diseases 11th Revision) [ICD 11], 2019). För att få en diagnos skall ovanstående skapa problem i det sociala och personliga livet, men även i att ta till sig utbildning samt att utföra arbete eller liknande (ICD 11, 2019). Oftast vårdas en person med psykisk sjukdom i psykiatriska öppenvården men vid tillfällena kan denna bedömas ha behov av mer behandling, mer säkerhet samt mer omvårdnad dygnet runt (Lindqvist, 2012). Då kan personen bli inskriven i den psykiatriska heldygnsvården. Konkreta kriterier för att anses vara i behov av ovanstående är att personen har en förändrad verklighetsuppfattning (vanföreställningar) på olika sätt. Det kan vara föreställningen om att vara förföljd, att se syner och höra röster som andra människor inte kan uppfatta (hallucinationer), att ha grandiosa tankar om sig själv och tvärtom; inte vara värd att få leva alls (suicidalitet). Dessa tillstånd brukar diagnostiseras som psykossjukdom (schizofreni eller psykoser utlösta av droger), bipolär sjukdom och djupa depressioner (a.a). Dessa finns beskrivna i ICD 11 (2019). På senare år nämner Lindqvist (2012) att ångest, tvångssyndrom, neuropsykiatriska tillstånd, samt posttraumatisk stress också brukar utgöra eventuell grund för inläggning på avdelning. Han skriver även att personer med personlighetsproblematik är en stor grupp som också kan ha behov av att vårdas inom denna kontext. Även dessa tillstånd finns beskrivna i ICD 11 (2019).

Den första tiden på en heldygnsvårdavdelning präglar oftast hela vårdtillfället (Chevalier, Ntala, Fung, Priebe & Bird, 2018). Det kan handla om huruvida patienten anser sig behöva vården eller inte, om vem som önskade att patienten skulle bli inskriven; om patienten har fått tillräcklig information om inskrivningsförfarandet. Vidare handlar det om att patienten har känt sig osäker och oskyddad innan inskrivning men att väl inne på avdelningen känns det

tryggt. Önskan om skydd kan handla den psykiska sjukdomens uttryck men också om att komma bort från stigmatisering kring den (Molin, Graneheim & Lindgren, 2016). Det finns också en motsatt upplevelse, att sjukhusvistelsen och att avdelningens restriktioner får personen att känna sig sjukare (Chevalier et al., 2018). Det handlar också om att försöka acceptera sjukhussituationen, speciellt om man är inlagd med tvång. Att vistas på avdelningen upplevs vidare som ett särskiljande ifrån samhället och dess regler; avdelningen kallas för fängelse, skola eller hotell (a.a.). Patienten försöker navigera i en avdelningskontext som upplevs som att vara i ett förvar och att man inte skall trivas allt för mycket där, samtidigt som man är tvungen att vara där, för att det inte fungerar i hemmet (Molin et al., 2016). Restriktioner och regler kring hur patienterna får lämna avdelningen (för exempelvis rökning, motion och inköp) kan skapa känslor av klaustrofobi (Chevalier et al., 2018).

Patienter upplever vidare att de inte orkar be om hjälp för att de vill försöka vara oberoende eller att deras psykiska ohälsa medför sänkt självförtroende för att våga ta plats (Stenhouse, 2011). De känner sig ofta förvirrade och oinformerade i början av vårdperioden men att efterhand går det mot att man vet mer och vänjer sig (Chevalier et al., 2018). Att få träffa läkare för samtal är sett som en dörr ut från avdelningen men väntetiden på dessa anses frustrerande (a.a.). Det gör att man är tvungen att ägna sin tid åt att hantera oklarheter i vårdens struktur (Molin et al., 2016). Funderingar kan handla om att inte veta vad dagen skall innehålla, om huruvida aktiviteter blir av eller inte, om man kan vänta sig information eller inte. Det kan handla om hur man får tag på den som styr vården sig (*läs* överläkare och enhetschef). Patienterna sammanfattar detta just med att ”allt är en ständig väntan” och att man försöker anpassa sig till någon slags pådyvlad inaktivitet (a.a.).

Tristess och att vara uttråkad är en annan upplevelse (Chevalier et al., 2018; Newell, Harries & Ayers, 2011). Det uppges att det finns inget att göra och detta märks speciellt under tider då avdelningens aktivitetsschema är glesare planerade. Aktiviteter kan också upplevas som infantila. När det väl finns spel eller böcker är dessa ofta väl använda, trasiga. I Newell et al. (2011) studie ansågs denna känsla avta om patienterna istället fick känna att de utförde autonoma aktiviteter.

Sociala interaktioner anses viktiga; att komma ifrån ensamheten hemma och att finna stöd och vänner bland de andra patienterna (Chevalier et al., 2018). Patienter hjälper varandra i dessa situationer, söker emotionellt stöd, även om det är jobbigt att vara sjuk och stötta någon annan

som är sjuk (Stenhouse, 2011). Trots detta kan känslan av att bli alienerad infinna sig, eftersom man ibland kan känna sig annorlunda än de andra patienterna (Chevalier et al., 2018). Angående alienerad, kan upplevelsen av personalen bli av en vi och dem-karaktär och att personalen med omedvetna små medel kan få patienten att känna sig som en börda som stör, till exempel då personalen inte kommer till dörren när patienten knackar på och att patienten tillslut inte vågar ta kontakt (Chevalier et al., 2018; Stenhouse, 2011).

Patientens upplevelse handlar de facto mycket om personalen (Molin et al., 2016; Stenhouse; 2011). Om, huruvida personalen ens är tillgänglig och vilken uppfattning den har om patientens tillstånd, som till exempel behöver personen vara inskriven? Vidare handlar det om vad personalen gör av sin professionella roll, det vill säga om den utövas på ett distanserat sätt eller om den lyckas innehålla hjälpsamhet, tillit och trygghet. När patienterna ändå gör något, tillsammans med personalen upplevs det som positivt och att det skapar mer förståelse för hur det är på avdelningen. Då personalen är tillgänglig, speciellt när de uppehåller sig i avdelningens korridorer och är noga med att hålla sina löften upplevs de ovan beskrivna negativa parametrarna inte som framträdande (a.a.). När sjuksköterskorna tar sig tid för att samtala upplevs det som att de initiala förväntningarna om hjälp infrias (Stenhouse, 2011).

Psykiatrisk omvårdnad

En framträdande del av den psykiatriska omvårdnaden i heldygnsvården är att kontrollera patienters gränslösa beteenden (Salzmann-Eriksson, Lützen, Ivarsson & Eriksson, 2008). Konkret innebär det att erbjuda skydd från att bli skadad av andra, skada sig själv eller skada andra. Den ibland specialanpassade miljön samt personaltätheten kan också ses som ett skydd och en hjälp till mer struktur i nuet. En annan del är att ge stöd genom att som personal bara vara närvarande, att ge tid och att våga vara personlig (vilket anses ge många positiva effekter på vården) (a.a.). Just att ge tid (gärna individuell) och att lyssna till vad som sägs, utan att döma anses essentiellt i omvårdnaden (Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons, Jackson & Hunt, 2012; Salzmann-Eriksson et al., 2008; Thomson, Racher & Clements, 2019). Det anses också essentiellt när personalen kan ge stöd i en större bemärkelse än den att patienten är psykiskt sjuk och är på en vårdavdelning (Cleary et al., 2012). Detta stöd kan beröra flera aspekter: dels att förbättra färdigheter för vardagslivet så som medicinhantering, att bli mer aktiv (generellt sett) samt att medverka till att patienten får erfara att ta självständiga beslut (a.a.). Stöttandet av färdigheter utgår ifrån att se patientens styrkor och resurser som i det här fallet kan innebära deras kognitiva förmågor, hanteringsstrategier, fysiska förmågor, vilket

stöd som de har omkring sig, samt det kulturella sammanhang personen kan tänkas befinna sig i (Hornik-Lurie et al., 2018; Thomson et al., 2019). Det kan vidare handla om att patienten får utrymme att bygga upp sina inre resurser. Detta i form av identifierade strategier eller åtgärder som avslappningsövningar, meditation, andningsövningar och problemlösning. Det anses viktigt att inte bara beskriva hanteringsstrategierna utan att också beakta vad som har fungerat för patienten tidigare (a.a.). Hayes, Palmer, Hamilton, Simons och Hopwood (2019) presenterar i en litteraturöversikt icke-farmakologiska åtgärder i psykiatrin. Det finns många och de lyfter också fram stöttande av färdigheter. Exempelvis via psykoedukation och beteendeterapier för att hantera relationer, stress och aggressivitet. Fysisk aktivitet, skapande verksamhet och sinnesstimulering nämns också (a.a.). Den psykiatriska omvårdnaden skall genomsyras av att inge hopp om återhämtning samt medverka till denna (Hayes et al., 2019; Hornik-Lurie et al., 2018; Thomson et al., 2019). Omvårdnaden skall också sträva efter att minska stigma. Två sätt för det är att ha en medarbetare med brukarerfarenhet anställd samt att informera och samarbeta med anhöriga (Hornik-Lurie et al., 2018; Thomson et al., 2019).

Fysisk aktivitet som hälsofrämjande omvårdnad

Fysisk aktivitet är ett sammansatt fenomen (Mattsson, Jansson & Hagströmer, 2016). Det är en naturlig del av livet; den kan ske på flera nivåer: i organiserad form eller under förflyttningar i vardagen, i hemmet eller på arbetsplatsen. Fysisk aktivitet är naturligt för oss människor, vi är gjorda för att röra på oss (a.a.). Med detta sagt ökar den fysiska inaktiviteten och så även den psykiska ohälsan (WHO, 2010; 2013). Fysisk inaktivitet beskrivs öka risken för flera kroppsliga sjukdomar som olika cancerformer, hjärtsjukdomar, diabetes men även psykiska sådana, till exempel depression (a.a.). Personer med psykisk ohälsa nämns vidare bland dem som har ökad risk för just kroppslig ohälsa (Knight et al., 2015; Verhaeghe et al., 2013). Inaktiviteten i det här fallet anses bero på minskad initiativkraft relaterat till den psykiska ohälsan, men också till den psykiatriska medicineringen med sina biverkningar som till exempel viktuppgång och inte sällan i förlängningen metabolt syndrom (a.a.). Andra orsaker är låga träningsnivåer, intag av kost som har hög sockerhalt och lågt näringsvärde, tobakskonsumtion och dålig tandhälsa (Stanley & Laugharne, 2014). Det anses därför viktigt att integrera fysisk aktivitet i vården för personer med psykisk ohälsa, både för kroppen och för psyket (Faulkner & Biddle, 2002; Richardson et al., 2005; Stanton & Happell, 2014; Tucker & Carr, 2016; Vancampfort & Stubbs, 2017). Evidens finns för att fysisk aktivitet är

främjande och förebyggande av ohälsa och behandling av både somatiska och psykiatriska sjukdomstillstånd (Mattsson et al., 2016).

Ovanstående går att applicera på omvårdnadsprocessen (Florin, 2007). Den innebär kortfattat att sjuksköterskan i vårdandet skall identifiera behov hos den enskilde patienten och att planera och utvärdera åtgärder (eng. interventions) för att dessa behov skall bli mötta (a.a.). Behovet här skulle kortfattat kunna bedömas vara mer fysisk aktivitet och mer psykisk hälsa: Att se dessa behov korrelerar till sjuksköterskans professionella etiska kod, ”att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande” (International Council of Nurses, ICN; 2012/ 2014). Det centrala i ett hälsofrämjande vårdande är att bedömningarna skall ske i dialog med patienten, som ett, på riktigt, delat beslutsfattande (Freire, 1970; Svedberg, 2011). Vidare är det viktigt att tänka i form av vilka resurser som finns i stället för att fokusera på de problem som kan tänkas finnas, både på individ och gruppnivå (a.a.; WHO, 1986; 1998).

Just fysisk aktivitet anses främja hälsoprocesser; som egenmakt (eng. empowerment), känsla av mening, återhämtning, samt mental styrka relaterat till att klara sig själv menar intervjuade personer med psykisk sjukdom (Lassenius et al., 2013; Lassenius, 2014). Vidare kan den skapa en paus i vardagen, minska ansträngande tankar och samtidigt bidra till att orka med uppgifter. Speciellt positivt är det att träna tillsammans med andra då patienterna känner sig betydelsefulla i de andras närvaro (a.a.). I två studier uppger patienter att de är positivt inställda till fysisk aktivitet och de märker att den psykiska hälsan kan förbättras vid träning (McDevitt, Snyder, Miller & Wilbur, 2006; Verhaeghe et al., 2013). De känner att de blir agerande subjekt i sina egna liv. Fysisk aktivitet blir en väg till återhämtning. I båda studierna nämns hinder för att träna och vara aktiva. Den psykiska sjukdomen i sig kan som tidigare nämnts, minska initiativkraften och den psykiatriska medicineringen gör patienterna mycket lugna och orörliga (sederade). Medicinjusteringarna kan ta lång tid och det kan krävas ineliggande vård för detta. Medicineringen kan vidare, som tidigare nämnts, medföra att patienten går upp i vikt. Just att vara inskriven på avdelning anses hindrande då den psykiska sjukdomen är allvarligare vid dessa tillfällen (McDevitt et al., 2006; Verhaeghe et al., 2013). Ett annat hinder är att förhålla sig till öppenvårdens vårdprofil, till exempel om personalen för tillfället inte är intresserad av fysisk aktivitet (McDevitt et al., 2006). En fokusgrupp med kvinnor önskar aktiviteter med endast kvinnor för det skulle kännas mer tryggt eftersom de uppger att de blir utsatta för tveksamma kommentarer. Det uttrycks dock att hindren kan

överbryggas. Detta genom att få tillgång till en ledare som har motiverande kraft och tror på patienterna; att relevant information ges om den fysiska aktivitetens fördelar. Samt slutligen att patienterna får delta i gruppträning och att det samtidigt skapas alternativa träningstillfällen för dem som känner att sådant är stressande (a.a.).

Från sjuksköterskornas håll framkommer att de ser patientens personliga drag, som grad av motivation och flexibilitet samt hur beredda de är för att förändra sig, som hinder (Verhaeghe et al., 2013). De uppger att detta skapar frustration och en uppgivenhet inför att arbeta hälsofrämjande. Sjuksköterskornas åsikter skiljer sig åt gällande huruvida de anser att de behöver konsultera någon annan yrkesgrupp för att hålla i fysisk aktivitet eller inte. Åsikterna gäller vidare om de ens behöver vara involverade i främjandet av patientens hälsa eller i så fall huruvida det endast bör ha att göra med den psykiska sjukdomen eller inte. När sjuksköterskorna ändå beskriver hur de arbetar hälsofrämjande berör det att motivera och kontinuerligt diskutera livsstil med patienterna men, att detta tar för mycket tid eller att det inte är inberäknat i vårdstrukturen (a.a.).

Fysisk aktivitet är numera vanligt förekommande inom psykiatriska heldygnsvården (Carlbo, Persic Claesson & Åström, 2018). Den ses av sjuksköterskor som en åtgärd som minskar ångest och förbättrar sömnen hos patienterna. Det anses viktigt att kunna få in fysisk aktivitet i patientens schema och individuella preferenser. Tid och regler på avdelningen är avgörande för om fysisk aktivitet kan utföras och sjuksköterskorna kan känna att de behövde vara mer närvarande om någon patient har restriktioner under sin vårdtid. Sjuksköterskor som leder fysisk aktivitet är sedda som extra engagerade, som en motiverande kraft (Carlbo et al., 2018; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Fysisk aktivitet anses främja förmåga till sociala interaktioner, att till exempel träna tillsammans, patient och sjuksköterska, förbättrar vårdrelationen; detta verkar starta en normaliseringsprocess hos patienten (Carlbo et al., 2018; Lassenius et al., 2013). Längre bort från Sverige: i Uganda, Sub-Sahara, uppfattas också fysisk aktivitet som relevant (Mugisha, 2019). Det framkommer också att den på individnivå kan stärka patientens förmågor, minska psykiatriska symtom och på samhällsnivå kan det minska stigma kring psykisk ohälsa. Personalen uppger där att de behöver mer tid för att använda åtgärden och mer strukturellt stöd (a.a.).

Allmänt om fysisk aktivitet

Definitionen av fysisk aktivitet är all rörelse kroppen utför som ökar förbrukningen av energi utöver den som förbrukas i vila (Mattsson et al., 2016). Fysisk inaktivitet är närmast motsatsen, avsaknad av rörelse. Enligt manualen Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling [FYSS], är fysisk inaktivitet när en person inte når fram till rekommendationerna om fysisk aktivitet. Rekommendationerna om fysisk aktivitet är utövande på den minsta nivå som ger hälsovinst (a.a.). För vuxna gäller kraftfull uthållighetsträning (aerob) minst 75 minuter under en vecka (WHO, 2013). Denna behöver vara minst 10 minuter sammanhållet. För att förbättra sin hälsa än mer kan tider för kraftfull träning ökas till 150 minuter i veckan. Lägre intensitet kräver längre träningstid. Muskelstyrka för större muskelgrupper behöver adresseras under minst två av dagarna i veckan (a.a.). Evidens finns för att rekommendera fysisk aktivitet för att lindra symptom relaterat till diagnoserna depression, schizofreni och ångestsyndrom. (Hedlund, Engh, Martinsen, 2016; Hovland et al., 2016; Martinsen et al., 2016). Stressrelaterad ohälsa, som ej är en diagnos, kan också lindras (Jonsdottir & Lindegård Andersson, 2016).

Fysisk aktivitet som omvårdnadsåtgärd och intervention i psykiatrin kan se olika ut men de aktuella variablerna är oftast tidsram på interventionen, typ av träningsprogram, tillgång till gym och gruppträning samt utbildning och undervisning (Lederman et al., 2017). Beskrivning av utformningen gäller till stor del öppenvården men uppläggen anses även fungera i heldygnsvården, men med mer fokus på aktuellt psykiskt status. Interventioner kan inledas och avslutas med en bedömning av patientens kondition och mängd träning (a.a.).

Tidigare forskning på fysisk aktivitet inom psykiatriska heldygnsvården

I de få studier som finns på inskrivna patienter med psykisk sjukdom beskrivs det att de är intresserade av fysisk aktivitet (kopplat till både fysisk och mental hälsa) och de uppskattar interventioner av detta slaget (Bartlem et al., 2018; Borge, Røssberg, & Sverdrup, 2013; Fraser, Chapman, Brown, Whiteford & Burton, 2015). Fysisk aktivitet rankas högst bland gruppaktiviteter och upplevs som en konkret åtgärd (Stanton, Donohue, Garnon, & Happell, 2016; Borge et al., 2013).

Patienter önskar också få rådgivning kring att leva hälsosammare och stöd för att minska riskbeteenden, så som för lite fysisk aktivitet, när de är inskrivna (Bartlem et al., 2018).

Flera studier beskriver också en slags lärandeprocess, där patienterna upplever att de får nya erfarenheter och införlivar praktisk kunskap genom fysisk aktivitet: till exempel nya färdigheter/vanor men även ett starkare självförtroende samt, att de uttrycker att det många gånger är mer upplevelsen av att träna än träningen i sig som ger återhämtning (Borge et al., 2013; Prebble et al., 2011; Stanton et al., 2016).

Patienterna uttrycker vidare att de gärna ser att en kvalificerad ledare, till exempel en sportpedagog, personlig tränare eller sjukgymnast, håller i den fysiska aktiviteten, både när det gäller utförande och planerande, men att skötare också börjar nämnas som ett alternativ till träningsledare (Fraser et al., 2015; Stanton et al., 2016). I två studier önskade patienter bli ”pushade” till fysisk aktivitet, med kommentarer som att ” det är för vårt eget bästa” samt att ”personalen får oss, på ett trevligt sätt, att vilja delta istället för att känna att vi måste” (Borge et al., 2013; Prebble et al., 2011). Vidare önskade patienterna bli sedda som personer med individuella preferenser; att de vill bli behandlade som autonoma och erbjudas träning utifrån vad som passar dem (Fraser et al., 2015; Prebble et al., 2011; Stanton et al., 2016).

I en studie nämnde kvinnor en preferens för att delta i gruppträning med andra patienter av samma kön (Fraser et al., 2015). För att känna att man klarade av att delta och öka färdigheter i fysisk aktivitet var det även viktigt att personalen var respektfulla och tänkte utifrån jämlikhet (Borge et al., 2013). Fraser et al., (2015) talar om promenader som en vanlig preferens. Samt vad patienter ansåg hindrade dem: upplevd energibrist, trötthet, låg motivation, funktionsnedsättningar, psykiskt illa befinnande, medicinering som ger yrsel, lågt blodtryck, sederig samt svårigheter att koordinera rörelser (a.a.).

Studier om inskrivna patienters upplevelse av omvårdnadsåtgärden fysisk aktivitet i svensk psykiatrisk heldygnsvårds-kontext har sökts enligt bästa förmåga men hittas ej i nuläget.

Teoretiskt perspektiv

Hälsofrämjande arbete (eng. health promotion) kan med fördel användas som teoretiskt perspektiv i omvårdnadsforskning (Polit & Beck, 2016). Omvårdnad skall i sig vara hälsofrämjande, både i forskning, utbildning och ute på vårdenheter (Piper, 2009; Whitehead, 2010). Hälsa kan beskrivas som en positiv resurs i vardagen och inte ”den huvudsakliga meningen med livet” (WHO, 1986; 1998). Den berör personliga, sociala resurser samt fysiska förmågor. Främjandet av hälsa innebär att få människor att förbättra den samt, att aktivera dem till att öka kontrollen över densamma. Detta på individnivå men även

på samhällelig och politisk sådan, så som att hantera förhållanden kring miljö och ekonomi (a.a.). Detta resurstänkande benämns salutogenes (Mittelmark & Bauer, 2017).

Ett djupare hälsofrämjande perspektiv i omvårdnaden kan fås genom begreppet *egenmakt* (eng. empowerment) (Piper, 2009; Svedberg, 2011; WHO, 1998). Vilket beskrivs som en process där människor kan erhålla än mer kontroll över vad som påverkar deras hälsa (WHO, 1998). Den inbegriper att både individer och samhällsgrupper får utrymme att agera och lyfta fram sina behov, för att behoven skall kunna bli mötta. Tanken är, att detta skall synliggöra hur parametrar i livet hänger ihop, som till exempel vilka ansträngningar individer och samhällsgrupper behöver göra för att få vissa resultat (a.a.). Ordet individ och människa kan, i princip, bytas ut mot ordet patient för att få mer syn på vad som gäller i omvårdnadskontexten (Piper, 2009). Inom psykiatrisk omvårdnad lyfts egenmakt särskilt fram (Svedberg, 2011). Inom den ryms även sjuksköterskans arbete med att stärka patientens grad av *situationsbunden självtillit* (eng. self efficacy). Detta för att ju högre grad av denna desto större sannolikhet att patienten orkar engagera sig i förändringar kring sin hälsa. Uppfattningar kring sin självtillit beror på tidigare upplevelser av hur personen klarat av att hantera uppgifter. Slutligen lyfts den så kallade *alliansen* mellan patienten och sjuksköterskan fram. Graden av hälsofrämjande resultat beror mycket på den och dess ömsesidighet (a.a.).

PROBLEMFÖRMULERING

Patienter beskriver en komplex men även ibland tråkig vardag på den psykiatriska heldygnsvårdsavdelningen. De beskriver också att när personalen tar sig tid och är personlig får de en känsla av att vården är bättre. Psykiatrisk omvårdnad anses handla om att stötta patienters färdigheter och resurser att hantera vardagen, både på avdelningen men även i övriga livet. Detta kan även ses som omvårdnad med hälsofrämjande inriktning. Flera beskrivningar visar att åtgärden fysisk aktivitet genererar detta. Allt eftersom förståelse för den fysiska aktiviteten ökar, implementeras fler interventioner. Så även på avdelningarna där föreliggande studie genomförts. Tidigare studier har undersökt interventioner i öppenvården samt vårdpersonals attityder och upplevelser kring detta, vilket är rimligt. Det som dock saknas och är essentiellt för att säkra en god omvårdnad är att få ta del av inskrivna patienters *upplevelser* av fysisk aktivitet. Detta speciellt i svensk kontext där, så vitt jag kan se, inga liknande beskrivningar har gjorts.

SYFTE

Var att beskriva patienters upplevelser av fysisk aktivitet under sin vårdtid på en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning.

METOD

Design

Aktuell studie har genomförts empiriskt med en kvalitativ ansats. Detta för att närma sig förståelse av människors subjektiva upplevelser av fenomen i samhället (Polit & Beck, 2016). Fenomen betyder företeelse eller ”det som visar sig” (a.a.; National-encyklopedin, u.å.). Begreppet kommer både från det filosofiska fältet och den kvalitativa forskningsansatsen som benämns fenomenologi. Denna ansats tänker, kortfattat, kring den ”den levda kroppens erfarenheter” (a.a., s. 466). Fenomenet här är *inskrivna patienters upplevelser av fysisk aktivitet inom psykiatriska heldygnsvården*. Förståelse av upplevelserna rör det rumsliga, det kroppsliga, det tidsmässiga och det relationella (a.a.). Studien kommer använda ordet fenomen och beakta denna ansats men den avses inte vara bärande. Fysisk aktivitet kommer benämnas som just det eller träning, rörelse, sport eller aktivitet. Studien bestod av semistrukturerade intervjuer. Arbetet med studien skedde induktivt, det vill säga att från ett antal observationer närma sig generella antaganden (Polit & Beck, 2016). För att bedöma hur många informanter (observationer) som behövdes användes saturationsmetoden, det vill säga att undertecknad fortsatte att intervjua informanter tills datamättnad uppstod. Denna mättnad kännetecknades av att ett överflöd av data syntes, att den var av god kvalité och att ingen ny information alstrades kring dimensioner av fenomenet. Datan analyserades enligt metoden kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004; a.a.).

Ramen för fysisk aktivitet på två psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar

De två aktuella psykiatriska heldygnsvårdsavdelningarna har ett liknande veckoschema över stående aktiviteter både gällande fysisk aktivitet men också andra typer av gruppåtgärder/terapi. Fysisk aktivitet som finns på detta schema är promenader, gympapass i olika intensitetsgrad (bilaga 5). När personalen har möjlighet kan patienten bli erbjuden att tillsammans med dem gå ut i mindre grupper eller enskilt. Patienten kan även nyttja träningsmaskiner på avdelningarna. De kan även gå ut själva på promenad. Vidare finns det möjlighet att använda sig av öppenvårdens varierade träningschema; där träningen föregås av ett bedömningsamtal med läkare (som även kan vara passledare) och det uttalade syftet är att träningen skall främja psykisk hälsa (bilaga 6).

Urval

Urval i kvalitativa studier sker inte slumpmässigt utan mer inriktat på vem som skulle kunna framföra något relevant om forskningsämnet (Polit & Beck, 2016). Urvalet kan ske utifrån bekvämlighet, det vill säga att den informantkategori som finns på plats att tillfråga väljs ut. Det kan också ske utifrån ändamålsenlighet, det vill säga att de informanter som uppskattningsvis skulle kunna framföra något angeläget om sin upplevelse av fenomenet väljs ut. För att bli inkluderad i en studie behöver informanten ha vissa önskvärda egenskaper (karaktäristika) och för att exkluderas så har dessa inte de önskvärda egenskaperna eller besitter icke önskvärda egenskaper (a.a.).

Urvalet av informanter som skulle kunna generera en rik data till aktuell studie bestod av patienter inskrivna på två psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar på en psykiatrisk klinik i en storstadsregion i Sverige. Således är det ett ändamålsenligt urval.

Egenskaperna för att väljas ut bland dessa bestod i att vara inskriven på en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning och att ha kommit i kontakt med fysisk aktivitet på något sätt under inskrivningstiden. Informanten kunde inkluderas även om denna inte hade utövat fysisk aktivitet. Slutligen skulle informanten ha förmåga att ge informerat samtycke att delta i studien. Detta kunde ses som ett delikat förfarande på en heldygnsvårdsavdelning: bedömningen huruvida de aktuella patienterna var förmögna till detta gjordes dock på regelbunden och noggrann basis av avdelningens skötare, sjuksköterskor och läkare (teamet) samt undertecknad.

Exkluderingskriterier i denna studie gällde patientens hälsotillstånd; det vill säga om patienten var för sjuk för att kunna ge informerat samtycke. Exempel på tillstånd som gjorde att personen exkluderades var när denna led av mani, psykos, katatoni eller annat tillstånd som bedömdes av utbildad personal göra patienten för sjuk för att kunna ge samtycke. Funktionsnedsättning/variation var inget exkluderingskriterium.

Datainsamlingsmetod

Passande datainsamling till en kvalitativ studie är att intervjua människor för att få syn på deras upplevelser, berättade med deras egna ord (Polit & Beck, 2016). Det finns en fokuserad form av intervju som tar kortare tid för både informant och forskare att genomföra, främst för att den har ett avgränsat ämne och har väl förberedda semistrukturerade frågor i intervjuguiden (Polit & Beck, 2016; Tjora, 2016). Det aktuella ämnet var avgränsat och en

forskningsflora kring det fanns som gjorde att undertecknad kunde läsa på, därför var denna intervjuform lämplig.

Intervjuguiden inspirerades av Tjoras (2016) samt Polit och Becks (2016) tankar kring uppbyggnad av en intervju genom att följa en ordning som rörde sig från det generella till det specifika; som inleddes med avväpnande frågor och därefter mer reflekterande kring ämnet och slutligen en avrundande, uppföljande fråga för att normalisera situationen mellan forskare och informant, innan rummet lämnades. Det ställdes även en fråga med syftet att få fram om det var något informanten vill tillägga (bilaga 1) (Polit & Beck, 2016). Frågorna utgick från tidigare forskning samt från undertecknads erfarenheter som sjuksköterska på nämnd klinik. I en fråga ingick formuleringen att vilja bli ”pushad”, en anglicism som betyder uppmuntra eller trycka på (Nordstedts engelska ordbok, 1997). En testintervju genomfördes med en i studien icke-involverad person som ej heller var patient. Detta för att kontrollera hur lång tid som intervjun kunde tänkas ta, samt att testa om frågorna uppfattades på ett lämpligt sätt eller om någon var överflödig. Inga större förändringar gjordes. Svaren är inte en del av resultatet.

Polit och Beck (2016) förklarar att föra noggranna anteckningar eller att spela in och transkribera från ljudfiler är de sätt intervjudata kan samlas in och lagras på. De rekommenderar att intervjuer spelas in för att forskaren då får mer utrymme att lyssna till vad som sägs och att informantens utsagor återges som exakta (a.a.). Eftersom aktuella intervjuer skedde med inskrivna patienter, nära sin akuta sjukdomssituation, gjorde undertecknad en etisk riskbedömning av att en inspelning skulle kunna kännas otryggt för dessa personer. Ansvariga på aktuell psykiatrisk klinik tillät heller inte inspelning av intervjuerna. Istället antecknade undertecknad, med strävan efter största noggrannhet, ner det patienten sade direkt utan ett ”mellanled” som en bandspelare eller en mobiltelefon med olika applikationer att kunna dela media på. Den fokuserade intervjuformen underlättade att få med det patienten sade ändå. Det rörde sig således inte om ett fritt voluminöst historieberättande. Antecknandet av svaren blev tydligare ett gemensamt skapande av data tillsammans med intervjupersonen (Faulkner, 2017; Kvale & Brinkmann, 2014). Att sitta och intervju och föra anteckningar tillsammans med patienter är något som undertecknad gör dagligen i sitt arbete på heldygnsvårdsavdelningen.

Undertecknad tog själv kontakt med patienterna som bedömdes redo att kunna samtycka till att delta i studien efter avdelningsteamets uppstartsmöte/rond på morgonen. Undertecknad bad om att få informera om studien (på en plats som patienten valde) och frågade om

patienten ville delta. Skriftlig förfrågan och information lämnades samtidigt. Informerat samtycke registrerades på ett enskilt dokument (bilaga 2). Patienten behövde inte svara direkt utan kunde få rimlig betänketid, men när det fungerade ägde intervjun rum omgående. Detta var fallet med de flesta intervjuerna men vissavbokades in dagen efter förfrågan. Eftersom patienterna var många timmar på avdelningen kunde förfrågan således komma under resten av dagen, så länge undertecknad var där. Tiden undertecknad var på avdelningen var tills intervjumättnad uppstod per dag (4 intervjuer som mest) och detta gällde även för forskningsdata. Tio av tretton tillfrågade patienter tackade ja till att bli intervjuade om sin upplevelse av fysisk aktivitet. En intervju gjordes per telefon. Intervjuerna utfördes under tre dagar. För transparensens skull gavs kortfattad information på avdelningarnas morgonsamling för patienterna. De få patienter som anmälde att få delta men ej ingick i inkluderingskriterierna fick förklarat för sig studiens inriktning.

Eftersom tiden skulle vara begränsad för föreliggande studie påbörjade undertecknad projektplan, etikansökan eftersom forskning avsåg människor till Röda Korsets Högskola samt förfrågan till aktuell klinik i god tid. Tidsaspekten i forskning är viktig att beakta (Polit & Beck, 2016). Efter godkännande av projektet från samtliga instanser kunde insamlingen sätta igång omgående i september 2019.

Dataanalys

För att andra personer skall kunna ta del av den insamlade datan behöver forskaren strukturera, organisera och lyfta upp mening ur den, det vill säga att en analys på den behöver göras (Polit & Beck, 2016; Tjora, 2016). Det går inte att utesluta subjektiva tolkningar av datainnehållet och det kan analyseras utifrån en mängd olika perspektiv (Graneheim & Lundman, 2004). I det konstruktivistiska forsknings-paradigmet är verkligheten inte en bestämd sak utan den blir till av kontexten och av individerna som deltar i forskningen. Idealet för att kvalitetssäkra studier är att låta fler forskare behandla materialet och att diskutera olika forskningsbeslut tillsammans, så kallad triangulering. Detta inte bara för att säkerställa att datan blir organiserad och rubricerad på exakt samma sätt, men också för att få syn på om andra forskare utifrån skulle kunna hålla med om föreslagen organisering av datan (a.a.). I detta fall genomfördes dock hela forskningsförfarandet av en person, undertecknad, som i processen strävade efter att förhålla sig förutsättningslöst till materialet men att ändå ha studiens syfte på agendan. Undertecknad reflekterade kontinuerligt över sina val och sin roll (a.a.). Det praktiska analysförfarandet skedde både digitalt och analogt (Tjora, 2016).

Undertecknad renskrev intervjuanteckningarna för att skapa en analysenhet (Graneheim & Lundman, 2004). Denna lästes inledningsvis övergripande men om undertecknad observerade något angeläget antecknades det för hand bredvid texten. Därefter markerades med överstrykningspenna meningsbärande enheter i texten i form av hela meningar eller enskilda ord. Ett utkast till koder antecknades bredvid enheterna. Därefter renskrevs koderna i ett nytt dokument och under renskrivningen förändrades vissa av de initiala koderna. Renskrivningen gjordes i motsatt ordning mot den första anteckningsrundan, för att sprida analysfokus mer jämnt över texten (a.a).

Koderna sammanfördes till subkategorier som sedan slogs ihop och bildade kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Detta eftersom den dominerande analysen gjordes av det manifesta, synliga innehållet snarare än det latent som brukar generera teman (a.a). Polit och Beck (2016) nämner att jämförande analys är vanligare i kvantitativa studier men att det förekommer även i kvalitativa sådana.

Framtagandet av subkategorier och kategorier rörde sig fram och tillbaka mellan delar och helheter under processen (Graneheim & Lundman, 2004). Vidare lästes de utskrivna intervjuerna, rådatan, ytterligare en gång till för att säkerställa att koderna, subkategorierna och kategorierna kunde härledas till studiens syfte och att empirin kom fram (a.a). Se analys exempel nedan.

Tabell 1: Autentiska exempel på analysprocessen utifrån Graneheim och Lundman (2004).

Meningsbärande enhet	Subkategori	Kategori
”Det är trevligt, att mötas på samma plan, man känner sig mindre som patient, man är mer på samma nivå” (3).	Mer jämlik vårdrelation.	Fysisk aktivitet i avdelningens vardag
”Vänshipsband knyts, som 1+1=3, man triggas varandra” (5).		Främjande faktorer
”När man är uppvarvad i huvudet, när man inte har tålmodet Man kan inte stå kvar i tre kvart” (6).		Hindrande faktorer

Etiska aspekter

Denna studie innebar forskning på människor och skulle som Hermerén, Gustafsson och Petterson (2011) beskriver eventuellt kunna skada forskningspersonen, i det här fallet mer psykiskt än kroppsligt. Detta inte bara på grund av det psykiatriska vårdssammanhanget utan också för att informanten av undertecknad skulle kunna riskera att bli ett objekt som studeras. För att säkerställa att detta inte sker måste således forskaren utifrån lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) väga mänskliga rättigheter och friheter samt människovärdet mot forskningens nytta. Detta gjorde undertecknad och lämnade för ytterligare etisk granskning in projektansökan till i denna magisterstudent-kontext nödvändiga instanser; aktuell psykiatrisk klinik samt Röda Korsets Högskola där undertecknad studerar (bilaga 4). Vidare skall tillräckligt med information om projektet lämnats till informanten för att denna skall kunna ge sitt samtycke och även veta om att hen kan avbryta deltagandet när så önskas (SFS 2003:460) (bilaga 2 och 3). Informantens identitet ska inte riskera att röjas, detta enligt konfidentialitetskravet, samt att det materialet forskningen alstrar endast skall användas till angivet projekt (Ejlertsson, 2019). Aktuell forskning hade på blanketten för informerat samtycke tagit emot informantens namn som anses som en personuppgift och därmed går under personuppgiftslagen samt patientdatalagen (Datainspektionen, u.å.; SFS 1998:204; SFS 2008:355) (bilaga 2). I enlighet med den förvarades blanketter och intervjudokumenterna på separata platser, oåtkomliga för obehöriga, för att värna deltagarens integritet. Kodning gjordes också för att intervjusvar inte skulle kunna härledas till respektive deltagarnamn. Materialet sparas mellan september 2019 och februari 2020.

Att intervjua inskrivna patienter om deras upplevelse av fysisk aktivitet under vårdtiden bedömdes vara ett mindre känsligt ämne att bli intervjuad kring, vilket enligt Tjora (2016) behöver beaktas. Eftersom hela vårdteamet var involverat i att bedöma vem som kunde tacka ja med informerat samtycke blev andra känsliga komponenter, så som förmåga att inte kunna röra sig fullt ut, väl beaktade. Det är viktigt att välja platser för intervjuer där patientens integritet värnas och att denne känner sig bekväm, vilket följdes i förfarandet (Polit, & Tatano Beck, 2016). De flesta intervjuerna kom således att hållas i avdelningens samtalsrum eller inne på patienternas rum. Någon enstaka hölls i en soffgrupp i ett hörn av avdelningskorridoren. Undertecknad noterade hela tiden att platsen var avskild och att inga obehöriga skulle kunna höra intervjun.

Slutligen, att intervjuerna inte spelades in var också ett sätt att lugna deltagaren och att värna om dennas integritet. Deltagaren erbjöds en kopia av sina svar på intervjuguiden, som en säkerhet för att minska missförstånd, likt citatkontrollen som erbjuds vid journalistiska intervjuer (Tjora, 2016). Ingen tackade dock ja till detta.

RESULTAT

Deltagare

Följande data kom fram vid intervjuerna. Den berör sammansättningen och egenskaperna hos informanterna, det vill säga, en slags sociodemografiska data. Informationen kommer inte att vara med i dataanalysen men kan ändå tillföra något till studiens narrativ. Tio patienter inskrivna på två psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar i en storstadsregion kom att utgöra studiens informanter. Åldersspannet var en informant från varje decennium från 1940-talet till och med 1990-talet. Alla talade flytande svenska. Två av informanterna var män. En person satt i rullstol och en gick med rollator. Då intervjuerna hölls blev två informanter utskrivna samma dag, tre skulle skrivas ut dagen efter, fyra var på väg att skrivas ut inom kort och en hade nyligen blivit inskriven. Två patienter vårdades under psykiatrisk tvångsvård, LPT, under intervjuperioden, men bedömdes av vårdteamet kunna ta ställning till att medverka i studien. (Dessa informanter tränade mest.)

Psykiatriska symtom och diagnoser som patienterna själva nämnde var ”jag får ångest”, ”att bli galen”, ”det är inte alltid så lätt”, ”har varit rastlös”, ”när man är uppvarvad i huvudet”, ”jag blir paralyserad”, ”man är så tankspridd”, ”bara ligga i sängen”, ”med katastroftankar”, ”att må dåligt”, ”levt ihop med en misshandlare”, ”mani” och ”på grund av depression”.

Somatiska diagnoser och symtom som informanterna nämnde var ”jag har diabetes typ 1”, ”osteoporos”, ”hjärtsviktarna”, ”RA (reumatoid artrit)”, ”jag fick skador i min dåliga fot, har en medfödd skada”, ”har gått upp så mycket i vikt” samt ”jag är sjuk, med min balans, har spinal stenos”.

En informant uppgav promenader som dennes preferens för fysisk aktivitet hittills genom livet; en uppgav promenader samt simning; två uppgav gympapass i olika form och utsträckning som deras fysiska aktivitet; sex stycken uppgav att de tränat tungt och frekvent både motionsträning som cykling, jogging och gympapass varav tre hade varit med i klubbar för sin respektive aktivitet (sport). Två framhöll att de varit aktiva i organiserad sport sedan tidiga skolåldern. Dessa två informanter var ej längre aktiva i klubbar. Två patienter uttalade att fysisk aktivitet var en tydlig del av deras behandling på avdelningen.

Kategorier

Dataanalysen av de tio intervjuerna gav tre kategorier varav en var uppbyggd av fem subkategorier: *Fysisk aktivitet i avdelningens vardag*: Upplägg och miljö kring den fysiska aktiviteten, Träningsledaren, Vad fysisk aktivitet gör för patienten, Mer jämlik vårdrelation

och Förbättringsförslag från patienterna; *Hindrande Faktorer* samt *Främjande faktorer*. Siffran efter citaten i följande text är en kod för att kunna urskilja att det är olika informanter som uttalat sig.

Fysisk aktivitet i avdelningens vardag

Denna kategori handlar om hur den fysiska aktiviteten upplevs fungera i heldygnsvården.

Som en slags beskrivning av dess tid, sätt och rum. Kategorin är uppbyggt av dessa subkategorier: upplägg och miljö kring den fysiska aktiviteten, träningsledaren, vad fysisk aktivitet gör för patienten, mer jämlik vårdrelation samt förbättringsförslag från patienterna;

Alla informanterna var positiva till fysisk aktivitet och alla informanterna uppgav att de hade utfört fysisk aktivitet i någon form under inskrivningstillfället. Två uppgav promenader ensam (vid intervjutillfället) och resten uppgav både promenader i grupp men också erbjudna pass på avdelningen varav tre även hade deltagit i öppenvårdens organiserade gruppträning (bilaga 5).

Upplägg och miljö kring den fysiska aktiviteten

Det framkom att det är uppskattat att det finns fysisk aktivitet överhuvudtaget inom denna vårdkontext. Att det till exempel är en bra service för heldygnsvårdspatienter att den psykiatriska öppenvården har ett träningspass om dagen även under personalens semesterperioder på sommaren. Flera informanter såg gärna att det fanns möjlighet att välja fysisk aktivitet, det vill säga en önskan om fler pass och fler sorters fysisk aktivitet. Gärna en till promenad om dagen. Och gärna gympapass på avdelningen, likt de öppenvården erbjöd. Samtidigt kom det upp att fysisk aktivitet behöver fungera i vardagen, att det kunde vara tillräckligt med vardagliga aktiviteter som att gå i trappor eller kortare träningspass. Detta för att alla skall kunna delta, beroende på vilken kapacitet att koncentrera sig man har för tillfället. ”Jag är inte den deppiga sorten, men jag är ändå känslig för krav” (6) signalerade att ribban inte skulle läggas för högt. Ett avvikande men i sammanhanget positivt resultat var att en informant skapade sina egna träningspass och motiverade till träning på avdelningen.

Promenader nämndes som en preferens för majoriteten av informanternas val av fysisk aktivitet när de är inskrivna på heldygnsvården. Informanterna uppskattade tillfällena då det fanns två grupper med olika längd och tempo på promenaden. I en del fall var promenaderna ett första delmål mot att delta i mer ansträngande fysisk aktivitet.

Få deltagare nämnde att det faktiskt fanns träningsredskap på avdelningarna. Det som sades var, att redskapen inte användes i någon större utsträckning och att vissa av dessa var trasiga

och behövde lagas. En informant gav ett förslag på ett redskap för avdelningarna: ”Ett rum med en boxningssäck som en manisk person kan driva ut sin energi på” (2). I anslutning till detta talade andra informanter om en önskan om förändring av avdelningarnas lokaler, till exempel en ändamålsenlig träningslokal. Informanterna upplevde att det var obekvämt att träna i allmänna utrymmen på avdelningen samt att i ett så kallat aktivitetsrum på den ena avdelningen var det ”ganska mycket grejor där inne” (1). Informanten reflekterade dock över att detta troligtvis var ett genomförbart förslag.

Förutom (icke-ändamålsenliga) lokaler noterade informanterna när det inte fanns tillräcklig personal och hur det påverkade tillgången till fysisk aktivitet, speciellt på avdelningarna. Uppenbarligen gjorde denna att vissa tillfällen för fysisk aktivitet uteblev, rutinerna bröts. Om en viss personal hade blivit förknippad med en särskild fysisk aktivitet och för tillfället inte jobbade uteblev denna aktivitet. Det fanns åsikter om att det vore bra med en träningsledare utifrån, som skulle upplevas mer professionell och inte vara beroende av den akuta arbetssituationen; och det fanns åsikter om att det snarare vore tryggt med avdelningspersonal som träningsledare för att de kände till patienterna; ”det är bra, att de kan ge sådant” (9). Det framkom att patienterna ibland deltog i träningstillfällena för att vara snälla eftersom man visste att det låg arbete bakom.

Slutligen, ansågs tiden på avdelningen inrymma perioder då inte mycket hände och då var fysisk aktivitet något som minskade dessa; fick tiden att gå och blev som en hållpunkt i tillvaron. Flera informanter uttryckte att de gärna ville gå ut från avdelningen, dels för att få frisk luft men också komma bort från den.

Träningsledaren

Patienterna upplevde träningsledaren som en motiverande kraft men att det skulle vara motivation på ett genuint sätt och med förankring i kunskap om träning. Det kom till exempel fram att kvalitén på träningen varierade mycket när personal höll i träningspass.

Det framkom också funderingar kring nytänkande och flexibilitet hos ledaren; till exempel om någon inte kan röra en viss kroppsdel så skulle det vara önskvärt med andra typer av övningar för att få ta del av fysisk aktivitet. Vidare framkom det att informanterna tänkte på hur andra somatiska diagnoser fungerar i förhållande till fysisk aktivitet; vad passar någon som är benskör eller har reumatoid artrit, RA; har personalen relevant kunskap om hur påverkad en

person med diabetes blir när de tränar? I samband med detta kom frågan upp om vilka träningsmål som är rimliga i den här kontexten; informanterna hur förhåller sig personalen till ålder, kön och diagnoser? Informanterna reflekterade slutligen över att alla personer har sina egna strategier och blir inspirerade till att komma igång med träning av olika saker.

Vad fysisk aktivitet gör för patienten

Alla utom en kunde tydligt säga att det var bra att röra på sig relaterat till psykisk ohälsa, men denna informant gav indirekta kommentarer som trots allt uttryckte en positiv attityd. Hälften av informanterna var medvetna om forskning kring den fysiska aktivitetens psykiatriska behandlingspotential, varav tre var insatta i fysiologiska mekanismerna bakom.

Som sagt tyckte patienterna att det är bra med fysisk aktivitet; att det kändes skönt efter utövandet. De nämndes att det var viktigt och intressant att fysisk aktivitet ”kom upp på agendan och inte bara piller” (10). Informanterna kunde se att mängden medicin som de ordinerades minskade med stöd av fysisk aktivitet, till exempel att inte behöva ta en tablett mot ångest; eller att fysisk aktivitet kunde lindra rastlöshet. Det reflekterades över att ändå bejaka fysisk aktivitet i den här kontexten men att ordinationerna av denna i så fall skulle beakta individens preferenser och behandlingsrespons.

Få kunde dock tänka sig enbart fysisk aktivitet som behandling och då om det gjordes en snabb utvärdering av denna samt om träningsledaren var tydligt kompetent. Majoriteten sade att de behövde sina mediciner och att den hjälper mer. ”Det är en kronisk sjukdom” (3). Ett uttalande handlade om att man varit en hårt tränande person, hade tävlat i sin idrott: ”Jag borde varit kärnfrisk Att fysisk aktivitet är bra för hälsan och psykiska hälsan, stämmer inte för mig” (3).

De av informanterna, som var insatta i och hade deltagit i öppenvårdens pass (bilaga 6) kunde reflektera över att passen och träningsschemat var ändamålsenligt komponerade av läkarna. En menade att man inte fick bli för beroende av det här konceptet ifall det skulle falla eller inte kunna genomföras, utan försöka att också träna själv för att bibehålla den egna kraften att fortsätta. Detta gick att koppla samman med vad en annan informant sade, att ”man kan inte bara äta mediciner, man måste aktivera sig, det tillhör diagnosen” (8)

Mer jämlik vårdrelation

Ett samstämt positivt resultat gällde informanternas upplevelse av personalen i samband med utövning av fysisk aktivitet. Både som ledare och som deltagare tillsammans med patienterna. De nämnde att relationen till dem förändrades; den blev mer mänsklig och informanterna uppgav att de kände sig mindre som patienter. Det nämndes till exempel att läkare som vårdpersonal blev mer konkreta: känslan av ”något diffust, längre upp” (1) minskade. Dels kunde även den personal som ledde passet lättare anpassa upplägget eftersom de kände till patienterna och dels framstod det som att personalen blev som en av alla andra med ”dålig koordination” (1). Att personalen behöver träna för att bli mer engagerad som vårdare och för att må bra själva, för ”hålla i längden” (10), var också något som informanterna ville få fram.

Förbättringsförslag från patienterna

På frågan om intervjun borde innehålla någon ytterligare fråga uppkom flera svar, inte i form av nya frågor utan mer i form av reflektioner, som rörde saker som skulle kunna förbättras. Samtalet blev bredare. Så, som ett take home-message sade informanterna att de skulle vilja att personalen tänkte kring hur alla kommer med i träningen, även de som inte tränar så mycket eller har kommit ifrån träningen, men vill komma tillbaka. Det framkom också att det skulle vara intressant att mäta effekt av träningen, hur lång tid det måste gå innan den ger önskad effekt. Vidare framkom det att det vore bra att uppmärksamma andra livsstilskomponenter som till exempel kost, ”det borde finnas en kalorilista på avdelningen, för att ha koll på förbränning och för matintaget” (6). Samt även sömn och då nämndes kedjetäcke (tyngdtäcke), som är en åtgärd som ska främja denna.

En reflektion gällde ensamhet. Den förstods som ett stort problem som borde uppmärksammas än mer, av vården. Vissa informanter talade indirekt om ett socialt sammanhang på avdelningen och under träningen som de inte verkade finna utanför. Det efterfrågades hjälp med just att klara sig själv, till exempel att lära sig tolka signaler både vid somatiska och psykiatriska sjukdomar och symtom; ”vägledning behövs” (5).

Hindrande faktorer

Den här kategorin rör vad det är som hindrar att en person står kvar och inte gör något. Det kan handla om sjukdomen, att personalen inte är medvetna om patientens upplevelse av sänkt kognitiv förmåga. Det handlar om hur ledaren är på ett visst sätt; om strukturer och rutiner på avdelningen. Både det psykiska illabefinnandet och det kroppsliga dito framhölls inte så

överraskande som hinder för att delta. ”Det kan vara svårt att få tillåtelse av kroppen att ägna sig åt fysisk aktivitet när man mår väldigt dåligt” (2). Vardaglig rörelse, som att gå till toaletten, blev oöverstiglig. Vädret kunde hindra. Informanterna upplevde att de inte blev påminda om träningsstillfällena i den utsträckning de behövde när de var inskrivna i heldygnsvården; ”På psykiatrisk avdelningen har man ingen tids- och rumsuppfattning” (6). Informanterna menade att personalen behöver vara övertydlig gällande tider och vilka pass som finns. En informant reflekterade över om träningspassen skulle ske under hysterisk attityd eller påhittad entusiasm kunde detta minska drivkraften att delta. Desamma gällde om patienterna vid tillfällena inte fick välja om de skulle träna i grupp eller individuellt; speciellt om personen inte tyckte om gruppträning. Medicinpåverkan, smärta och dålig sömn, upplevdes också som hindrande faktorer. Detta gällde både avdelningen och utanför. I den senare sfären framkom att vara i en destruktiv relation, präglad av fysisk misshandel hade fått en informant att sluta träna men börjat igen efter att relationen tagit slut. Slutligen kunde den psykiatriska vårdens regelverk hindra utövande av fysisk aktivitet. Det vill säga hur mycket patienten kunde få vara utanför avdelningen, relaterat till om denne önskade träna utomhus (upplevelsen gällde sommartid). Likaså hindrade personalbristen träning, om patienten var i det tillstånd att denna bedömts inte få gå iväg själv.

Främjande faktorer

Den här kategorin handlar om vad som främjar att en person tar steget och gör något. Det berör exponering av företeelser personer undviker, motivation (inre och yttre), sociala krafter och kunskap samt tidigare träning. Mycket av det som beskrivs nedan främjar också upprätthållandet av träning. En informant signalerade i samband med detta att vården behövde samverka med andra instanser för att få hjälp med att upprätthålla regelbunden fysisk aktivitet ”Jag skall få hemtjänst för att få komma ut, hoppas på det” (7).

Inledningsvis nämnde informanterna en egen drivkraft; att träna är bara något man gör: Kan man så rör man på sig, kan man inte så gör man det inte menade de. Men även erfarenhet och kunskap om rörelse främjade deltagandet: att informanterna visste att de mår bra av rörelse; att pulsen höjs och att hjärnan får sin stimulans; att det skapar sysselsättning under vistelsen på avdelningen. De framkom också att ha tränat tidigare i livet var en medkraft. Det kunde framkalla en vilja att komma tillbaka till det tillståndet eller att bara fortsätta. Det framkom vidare att informanterna utövade fysisk aktivitet fast de mådde dåligt; ”jag försöker tvinga mig ut” (4).

Trots den egna formuleringen att tvinga sig reagerade många informanter på formuleringen ”att bli pushad” (bilaga 1) till att delta. De ville nyansera den; den skulle ske på rätt sätt och ges i rätt fas i måendet, men att det generellt sätt var något bra och egentligen inget farligt. En kunde formulera det som behovet av ”en försiktig fin presentation, annars är det risk att man blir loj och undviker” (5). Vidare ville de få hjälp att bli motiverade, så att ”du tippas över” (5) och att ”man känner okej, då gör jag det” (8). Någon annan benämnde det som att bli peppad.

Vidare, att psykiatrin erbjöd träning i sig gjorde att flera deltog eftersom de kände sig mer accepterade där både psykiskt och fysiskt än på andra träningsinrättningar. Träningsledaren var också, om den entusiasmerade och gav beröm, en främjande kraft. Idéer om ”locka med rätt morot” (2) togs också upp, som en slags belöning eller kompensation för allt informanten fått kämpa med i sitt mående. Belöningen skulle med fördel vara individuellt utformad. Ledarens kompetens uppgavs också som en bidragande faktor till deltagande.

Mängden träningspass ansågs som främjande i sig, det vill säga ju fler pass desto större sannolikhet att informanten deltog. Vilken typ av pass kunde också vara avgörande. Informanterna betonade även här att det är individuellt vad som inspirerar till deltagande.

Det framkom att om tydlig och upprepad information ges kring tillfällen för fysisk aktivitet främjade deltagandet. Det vill säga att personalen tog hänsyn till patienternas minskade kognitiva förmåga, ”man är så tankspridd” (6).

Flera informanter uttryckte att när man tränat var det som en vinst i sig, man blev glad över att ha klarat av något. De talade om att något kunde vara jobbigt i början men sedan när man gjort det blev det lättare att utföra och då behövdes ingen påputtning utan deltagandet kom av sig själv.

Informanterna upplevde att vänskap och vetskapen om mänsklig samvaro gav dem kraft att delta i den fysiska aktiviteten. De beskrev det som att synergier uppstod; ägg man blev vänner och att man triggade och peppade varandra. Avslutningsvis beskrev informanterna också fysisk aktivitet som en social stund på dagen, där de som sagt etablerade nya bekantskaper och upplevde samhörighet. Här talade informanterna både om tiden då de var inskrivna och då de inte var inskrivna, med fokus på öppenvårdens träningsprogram. Att det här med att hitta

nya bekansksaper var enligt dem inte vanligt i gängse träningsinrättnings omklädningsrum.
Vilket uttrycktes vara efterlängtad eftersom, ”som psykiskt sjuk är man ofta ensam och utsatt”
(3).

DISKUSSION

Metoddiskussion

En studies fynd kan inte vara hundra procent exakta men de kan i alla fall försöka vara de mest sannolika i den aktuella kontexten (Graneheim & Lundman, 2004). För att bedöma en kvalitativ studies tillförlitlighet finns fyra aspekter att tillgå: trovärdighet, pålitlighet, bekräftbarhet samt överförbarhet (Polit & Beck, 2016; Tjora, 2016). Följande diskussion kommer utgå från dessa, samt tänka i termer av studiens styrkor och svagheter. Generellt sätt kan sägas att inga av stegen i forskningsprocessen har genomgått en triangulering vilket kan vara en svaghet.

Trovärdighet

Trovärdighet handlar om hur väl studien hänger ihop, det vill säga hur val av olika slag, analyser, mängd av data, kategoriers närhet till empirin samt hur processer stämmer överens med det studien vill undersöka och presentera (Graneheim & Lundman, 2004). Polit och Beck (2016) säger att forskaren behöver beakta hur resultatet framställs samt hur trovärdigheten visar sig i de olika stegen i forskningen. Fysisk aktivitet som omvårdnadsåtgärd och behandling är som sagt uppe på dagsagendan och då kan det vara lämpligt att syna det fenomenet. Med tanke på vad undertecknad jobbar med, sjuksköterska på akutpsykiatrisk heldygnsvårdsavdelning, samt utbildar sig till, specialistsjuksköterska i psykiatrisk omvårdnad, kan aktuellt studiefokus, hälsofrämjande omvårdnad, också ses som lämpligt. Undertecknad är medveten om att teoriperspektivet utgår från en stor världsomspännande organisations (WHO) terminologi och att det finns andra mindre hegemoniska idéströmningar. Fenomenet fysisk aktivitet undersöktes främst som omvårdnadsåtgärd men det finns en medvetenhet om att det även ingår i behandling och prevention av sjukdomar. Angående kontexten, att intervjua inskrivna patienter på psykiatrisk heldygnsvårdavdelning om deras upplevelse av fysisk aktivitet, kunde det ses som rimligt även om fysisk aktivitet finns på andra ställen i vården, men aktiviteter på psykiatriska avdelningar är ett angeläget sammanhang att gå in i. Urvalet av deltagare, patienterna, kan ur undertecknads synvinkel också ses som lämpliga för att hjälpa till att besvara studiens syfte. De som intervjuades var generellt positivt inställda till fysisk aktivitet. Det är enligt Graneheim och Lundman (2004) viktigt med varierande perspektiv i datan. Det hade här skapat mer bredd om en person som inte alls var intresserad och negativt inställd hade funnits i urvalet och velat ställa upp för intervju. Detta gällde även fördelningen i kön, 2 män och 8 kvinnor, det kunde ha varit mer

jämmt fördelat. Gruppen kunde upplevas som relativt homogen i bemärkelsen att de flesta informanterna hade tagit del av information kring fysisk aktivitet och även utövat denna i föreningar och i skola. Det hade medverkat till en mer fyllig data om de motsatta erfarenheterna funnits med. Åldersspridningen var dock bred.

Studien har inte sökt efter några diagnosspecifika hindrande eller främjande faktorer gällande fysisk aktivitet utan försökt hålla sig öppen inför upplevelser av åtgärden på ett generellt plan. Detta kan ha skapat mindre stringens.

Angående insamling av data är intervjuer lämpliga för att få ta del av informanternas upplevelser och syn på den värld vi lever i, med deras egna ord (Polit & Beck). Intervjuerna spelades inte in av etiska skäl, då patienterna precis hade varit akut sjuka, psykiskt, och hur de kunde påverkas av själva inspelningsförfarandet. Men, sannolikheten att få med allt patienten säger minskar om intervjuerna inte spelas in utan endast antecknas, det är klart. Även om den som intervjuar är noggrann och snabb kan saker missas samt, att en tidigare kondensering av innehållet troligtvis äger rum. Detta skulle kunna påverka valet av meningsbärande enheter som Graneheim och Lundman (2004) påpekar är ett essentiellt förfarande. Undertecknad valde att göra detta ändå på grund av ämnets relevans samt hypotesen att det skulle gå att få fram informanternas upplevelse på ett rimligt sätt eftersom intervju-frågorna var så pass avgränsade och många i antal. Inga längre livsberättelser kom heller fram. Det fanns ingen fråga om de visuella schemana (bilaga 5) och ingen informant tog heller upp dessa.

Själva den fokuserade intervjuformen var lämplig för att det finns forskning kring ämnet och att fysisk aktivitet är en åtgärd som finns på aktuell klinik, i stor utsträckning (Tjora, 2016). Samt, att intervjupersonerna skulle känna att det inte blev för närgångna frågor under en tid då de kunde betraktas som känsliga. Vidare, liknade situationen ett patientsamtal som undertecknad och patienterna är med om ofta, vilket kunde skapa trygghet. Andra saker som gjordes för att intervjusituationen skulle framstå som trygg var att förklara studiens syfte samt ramarna kring förfarandet noga i början av intervjun (Polit & Beck, 2016).

En etisk aspekt till som beaktades i studien var att låta informanterna, i avsnittet i den demografiska datan, berätta om sina symtom på psykiskt illa befinnande själva, istället för att forskaren skriver statistik på diagnoser i studien (Faulkner, 2017).

Vidare var metoden kostnadseffektiv; ingen logistik behövde exekveras i någon större utsträckning, vilket är viktigt att väga in i projektets tillblivelse (Polit & Beck, 2016).

Rekryteringen av informanter var relativt lätt eftersom alla var på en plats, avdelningarna. Dessutom hade dessa inskrivna patienter nära till sin upplevelse, det hade sannolikt inte gått lång tid sedan personen mötte fenomenet. Många patienter uppgav även att de tillbringar mycket tid på avdelningen, så en intervju eller ett samtal blev ett välkommet avbrott i ”vardagen”. Vilket kan öka sannolikheten för att det går att genomföra liknande studie igen.

Slutligen, att låta inskrivna patienter få framföra sina tankar i en intervju kan även vara ett led i att minska stigma kring vem som blir tillfrågad i forskningssammanhang, men även i samhället i stort (Faulkner, 2017). Detta kan även kopplas samman med att två av informanterna var patienter som vårdades under LPT. Dessa personer fanns det ingen tveksamhet om från både omvårdnadspersonal och medicinskt ansvarig personal att ge chansen att delta i studien.

Pålitlighet

Detta handlar om att en liknande studie kan utföras vid ett annat tillfälle med liknande kontext, och att det blir ungefär samma resultat. Det berör vilka faktorer som kan påverka eventuell instabilitet under processen, typ ojämna datainsamling, ändrade frågor et cetera (Graneheim & Lundman, 2004). I aktuell kontext har undertecknad suttit tillsammans med informanterna och ställt samma frågor till alla, förlitat sig på den framtagna intervjuguiden; har möjligtvis omformulerat de frågor som informanten inte förstod. Intervjuerna har sett relativt likadana ut men givetvis kan stämning och personkemi ha påverkat de individuella intervjuerna. Eftersom patienter kommer och går i vården, var det denna gång endast en liten andel patienter som forskaren kände till, vilket skulle kunna ha varit fallet. Detta kan ha minskat störningar i just denna studies process. Vilket är viktigt att nämna (Tjora, 2016)

Det blev fler intervjuer och gick snabbare än förväntat. Undertecknad tänkte att patienterna skulle vara sjukare och mer ointresserade än vad de var. Dessutom utökades urvalet till att gälla patienter på två avdelningar istället för en som det var tänkt från början. Undertecknad var van vid intervjuformen men inte i forskningskontext och kunde med fördel ha ställt mer följdfrågor, trots den fokuserade ansatsen hade det gjort datan rikare. Frågorna kunde ha

raffinerats ytterligare. I anslutning till denna reflektion kan det nämnas att en känsla av att vilja undvika att pressa de inskrivna patienterna infann sig.

Bekräftbarhet

Här berör tillförlitligheten huruvida informanternas upplevelser återspeglas korrekt i resultatet och att de inte är silade genom forskarens fördomar eller agendor (Polit & Beck, 2016). Det är viktigt att forskaren reflekterar över saker som kan störa studien, så kallade bias, det kan vara fördomar eller personliga ståndpunkter eftersom dessa kan påverka val i forskningen (Polit & Beck, 2016; Tjora, 2016). Hur undertecknad ser på psykisk sjukdom och på fysisk aktivitet skulle kunna påverka studiens utformning och resultat. Vidare arbetar undertecknad på en av avdelningarna och håller i träning där.

Överförbarhet

Undertecknad har enligt Graneheim och Lundmans (2004) råd, försökt beskriva förfarandet av studien så noggrant och rikt som möjligt för att någon annan med liknande intressen skulle kunna göra bedömningen att det går att genomföra studien igen.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva patienters upplevelser av fysisk aktivitet under sin vårdtid på en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning. Resultatet presenterades i tre kategorier varav en var uppbyggt med fem subkategorier: *Fysisk aktivitet i avdelningens vardag*: Upplägg och miljö kring den fysiska aktiviteten, Träningsledaren, Vad fysisk aktivitet gör för patienten, Mer jämlik vårdrelation och Förbättringsförslag från patienterna; *Hindrande Faktorer* samt *Främjande faktorer*. Generellt gav resultatet att upplevelserna av fysisk aktivitet under vårdtiden var positiva. Det går att lyfta många aspekter av resultatet. Till en början kan den tydliga samstämmigheten med tidigare forskning: att patienter är intresserade av fysisk aktivitet och att de uppskattar sådana åtgärder (Bartlem et al., 2018; Borge et al., 2013; Fraser et al., 2015; Lassenius et al., 2013; McDevitt et al., 2006; Verhaeghe et al., 2013). Vidare samstämmighet framkom genom beskrivning av en lärandeprocess, som gav mer än bara träning utan en känsla av att klara av saker och må bättre (Borge et al., 2013; Prebble et al., 2011; Stanton et al., 2016). Patienterna blev förvisso tillfrågade om hur de upplevde personal som ledare men de reflekterade även utöver det, om ledarens betydelse, vilken kompetens den behöver ha, dennas förmåga att motivera vilket också framkommit i tidigare forskning (Fraser et al., 2015; Stanton et al., 2016). Vidare lyftes en fråga i intervjuguiden ett tidigare

forskningsresultat om att vilja bli ”pushad”, och det kunde de aktuella informanterna också tänka sig att bli (Borge et al., 2013; Prebble et al., 2011). Patienterna i studien poängterade vid flera tillfällen att personalen verkligen behövde se till och beakta individuella preferenser när det gäller fysisk aktivitet, vilket också framkom i tidigare studier (Fraser et al., 2015; Prebble et al., 2011; Stanton et al., 2016).

Ytterligare aspekter att lyfta är hur studieresultatet kan förbättra omvårdnaden i psykiatriska heldygnsvården. Detta genom de tidigare beskrivna begreppen hälsofrämjande arbete och i synnerhet egenmakt

Egenmakt främjar hälsa

Som tidigare nämnts har den psykiatriska heldygnsvården varit omgärdad av skiftande ideologier. Tendensen att tänka utifrån patogenesis, det vill säga med fokus på risker och sjukdomars uppkomst, har berott mycket på tradition men också på grund av vårdmiljön och dess konstitution samt agendor från andra yrkesgrupper (Piper, 2009; Whitehead, 2010). Det beror så klart på från vilket håll fenomenet betraktas men just nu verkar det salutogena resursperspektivet vara mer relevantt att förhålla sig till än det patogena (Mittelmark & Bauer, 2017). Det är svårt att se sin egen samtid utifrån men med tanke på vilka åtgärder som ordinerats tidigare i historien (de mest kontroversiella har ej nämnts i studiens bakgrund) kan sannolikt ändå processen bakom egenmakts-begreppet minska risken för att omänskliga och odemokratiska handlingar begås i vårdens namn. Svedberg (2011) diskuterar skillnaden mellan hälsoförebyggande arbete och ett hälsofrämjande dito, vilka kan vara svåra att skilja åt. Hon menar att det är sjuksköterskans eventuellt intagna expertroll som kan anses central i det förebyggande arbetet. Att vara expert och informera om orsak och verkan kring olika behandlingar är egentligen inget fel sig men när det förväntas att patienten bara skall stå som en tom behållare och ta emot råd då blir det (a.a.; Piper, 2009). Resultatet kan bli avsaknad av makt eller makt tagen från patienten (eng. disempowerment) (Piper, 2009). Ofta har det hälsofrämjande arbetet just blandats ihop med att ge hälsoinformation, som trots sin begreppsliga närhet således bör ses som skilda åt (a.a.; Whitehead, 2010). För att undvika maktobalans bör sjuksköterskan sikta på att skapa allians med patienten genom dialog, tillit och personlighet (Svedberg, 2011). Relationen bör ses som interaktiv där vårdaren är uppmärksam på när det till exempel faktiskt finns ett informationsbehov (a.a.). Fokus bör ligga på vårdrelationen, vårdprocessen och dess resultat och påverkan på daglig basis. (Piper, 2009). Kvalitetsindikatorer att förhålla sig till inom det hälsofrämjande arbetet är att just att

patientdelaktigheten, patientens positiva självuppfattning samt autonomin förstärks (Pender et al., 2015; Piper, 2009). Ytterligare indikatorer är att sjuksköterskan förstår att förhålla sig till de socio-politiska faktorerna. Slutligen, att eventuell hälsoinformation är lämpligt utformad och att den är baserad på aktuell kunskap (a.a.).

Sjuksköterskan kan ha olika roller i det hälsofrämjande omvårdnadsarbetet: en som stöttar patientens eventuellt önskade beteendeförändringar, en som underlättar för patientens egenmakt att komma fram, samt att vara strategisk yrkesutövare på ett mer organisatoriskt plan (Pender et al., 2015; Piper, 2009). Följande avsnitt utgår ifrån dessa.

Stöd till patientens önskade beteendeförändringar

I det hälsofrämjande arbetet finns begreppet *hälsoutbildning* som förutom att ge information, handlar om att främja förmåga, motivation, självförtroende eller tidigare nämnda situationsspecifik självtillit för att agera hälsosamt (WHO, 1998; Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007). Forskning visar att patienter i psykiatrin önskar få råd och stöd kring att förändra livsstilsfaktorer och att de gärna skulle följa en psykiatrisjuksköterskas råd (Verhaeghe et al., 2013). Det framkommer dock att patienter inte talar om sådant på grund av att de anser att de har för många andra problem att ta i tu med, samt att det finns en känsla av skam kring det här. Trots detta önskar de diskutera livsstil, gärna i grupper och det till stor del eftersom det främjar sociala kontakter och att man lär sig från varandra (a.a.).

Just fysisk aktivitet främjas om eventuella träningsinterventioner är teoribaserade och har program som är strukturerade snarare än ett vanligt omhändertagande (SBU, 2007). Vanligt omhändertagande anses vara enstaka kunskapsåtgärder eller elementär rådgivning. Aktuella teorier kring beteenden och dess förändring är kortfattat följande: *Social cognitive theory (SCT)* berör tilltro till den egna förmågan, att kunna sätta mål samt och att ”bedöma sig själv” samt interaktion mellan individ och omgivning. I denna beskrivning används begreppet self-efficacy (på engelska i svensk kontext), som handlar om individens självtillit att förändra ett beteende, och det påverkas mycket av i vilken situation individen befinner sig i; *Transtheoretical model (TTM)* där förändringsarbetet beror på i vilket stadium individen befinner sig i (hur redo denna är för förändring). Här används motiverande samtal; *Theory of reasoned action (TRA)* *theory of planned behavior (TPB)* handlar om hur individen och normer runtomkring denna ses främja motivation för att förändra sitt beteende. Det handlar

också om individens tankar kring hur denna kan kontrollera sitt beteende. Detta ligger nära self-efficacybegreppet och slutligen *Health belief model (HBM)* där individen kan förändras genom att försöka se ett samband mellan till exempel sjukdom och ett visst beteende. Till exempel att en individ undviker ett beteende om denna riskerar att bli sjuk (a.a.). Ett främjande utfall uppnås också om träningsprogrammen är individuellt anpassade, även under gruppträning (SBU, 2007). Det är också gynnsamt om träningstillfällena är lättillgängliga; nära en träningslokal och har gripbara upplägg för vardagsmotion, som till exempel promenader och detta speciellt i hemmen, för det stimulerar upprätthållande och effekt av träningen (a.a.).

Rent konkret går det att främja fysisk aktivitet med ett stegvis förfarande (Faskunger, Leijon, Ståhle, & Lamming, 2007). Inledningsvis bedöms aktivitetsnivån hos patienten och därefter följer hälsovägledning som kan utgå från ålder, kön, etnicitet, body mass index, BMI, sjukdomshistoria, aktivitetserfarenhet, tidigare försök att förändra livsstil med mera. Nästa steg är att komma överens om att patienten skall utföra aktiviteter den trivs med. De sista stegen är att stötta och möjliggöra för patienten (a.a.). Dessa tillvägagångssätt behöver ske under delat beslutsfattande (eng. shared decision making) om det skall ha med egenmakt att göra (Piper, 2009). Sjuksköterskan behöver även vara medveten om att bedömningarna kan påverkas av sin egen syn på patienten eller på fenomenet ifråga (fysisk aktivitet) snarare än de mätvärden och patofysiologi som finns i aktuell situation (Tanner, 2006). På gott och på ont. Hur det är på avdelningen, rutiner och kunskapsnivå påverkar också bedömningar. Likväl som social och politisk kontext. (a.a.). Att bedöma vad som skapar och kan leda till hälsa för olika individer och grupper behöver även beaktas ur ett globalt perspektiv (Wilson et al. 2016). Sjuksköterskan behöver sträva efter jämställdhet och agera hållbart rent ekonomiskt, miljömässigt och sociokulturellt (a.a.).

Likväl som i andra studier upplevdes utförandet av den fysiska aktiviteten här skapa en känsla av bemästrande (Borge et al., 2013; Lassenius et al., 2013; Prebble et al., 2011; Stanton et al., 2016). Detta har således potentialen att bli en positiv erfarenhet som ökar självtilliten hos patienterna, att ta med sig från avdelningen (SBU, 2007). Deenik et al. (2017) har dock kommit fram till att de psykiatripatienter som är positivt inställda till fysisk aktivitet och har en självtillit till att utföra den, ändå inte har högre träningsnivåer än de som har en negativ inställning och låg självtillit. Han diskuterar huruvida det handlar om att det är kognitiva svårigheter, till exempel förmåga att planera, som hindrar i detta fallet. Han lyfter då

heldygnsvården som en resurs där patienten kan stöttas mer intensivt och fånga upp motivationen när den dyker upp, samt att de andra patienterna också kan utgöra ett stöd (eng. peer support). I aktuell studie var det dock tydligt att patienterna önskade ännu mer stöd och förståelse kring sina kognitiva nedsättningar. Som ett tillägg, kom Deenik et al. (2017) även fram till att den största höjningen av livskvalité var den hos dem som hade ett stillasittande leverne men sakta började röra på sig i små doser.

Vårdpersonalen behöver vidare beakta det individuella och anpassa träning, till exempel vid funktionsnedsättningar eller förändrade kroppsuppfattningar (Happell, Platania-Phung & Scott, 2011; Lassenius, 2014). Även den äldre gruppen kan nämnas som också främjas av att utföra fysisk aktivitet, men att personalen då måste stötta dem kring deras geriatriska sjukdomar (Vancampfort, Stubbs, Veronese, Mugisha, Swinnen & Koyanagi, 2018). Ashworth, Sorsby, Green och Huxley (2013) anser att patienter med psykisk ohälsa även behöver få sin fysiska hälsa adresserad och att detta bör vara en del av vårdplanen eftersom resurser och mål kan tydliggöras där.

Det anses slutligen fördelaktigt att arbeta med främjandet av fysisk aktivitet på hälso- och sjukvårdsarenan (Faskunger, 2013; Kallings, 2011). Hälsofrämjande arbete skall prioriteras i landstingen (regionerna). Projektet fysisk aktivitet på recept, FaR, som implementerats i flera landsting (regioner) kan ges som exempel (a.a.). I folkhälsotermer skulle tillhandahållandet fysisk aktivitet i heldygnsvården kallas sekundär och tertiär prevention eftersom det kan ses som insatser vid tidig upptäckt av sjukdom samt rehabilitering för att förhindra att redan insjuknade försämras (Pellmer, Wrammer & Wrammer, 2012).

Underlättare för patientens egenmakt

Sjuksköterskan (och annan sjukvårdspersonal) kan ses som en relevant aktör (katalysator) i det hälsofrämjande arbetet, till exempel genom att ge tillgång till hälsoinformation samt att vara en "underlättare" (eng. enabler) för färdighetsutveckling (WHO, 1998). Det handlar om att ingå partnerskap med grupper eller individer för att ingjuta en känsla av egenmakt och detta genom att samla mänskliga och materiella resurser för att främja och skydda deras hälsa (WHO, 1998). Enligt det informanterna i studien säger verkar det finnas ett hälsofrämjande arbetssätt på de aktuella psykiatriska heldygnsvårdsavdelningarna, i alla fall när det kommer till utbudet av fysisk aktivitet. Det finns ett utbud. Trots detta skulle ändå ett större utbud av

träningsspass enligt informanterna öka deras deltagande. Det skulle också skapa en känsla av att få välja, det vill säga att en känsla av autonomi skulle främjas (Piper, 2009).

I det här sammanhanget är det vidare lätt att börja reflektera utifrån de flesta av omvårdnadens konsensusbegrepp speciellt hälsan och miljön/världen men även vårdandet (omvårdnadens aktiviteter och/eller relationen mellan patient och personal) (Björck & Sandman; 2007; Rooke, 1995). Det sista berör likartade begrepp som det tidigare nämnda partnerskapet men även den önskvärda alliansen. I studien nämnde informanterna det positiva och sociala i att träna tillsammans både med andra patienter men också med personal, från alla professionskategorier. Det blir ett utmärkt tillfälle att ha tid tillsammans; att visa sig trött och svettig som personal tar bort hierarkier och minskar distans (Carlbo et al., 2018; Molin et al., 2016; Pender et al., 2015; Stenhouse; 2011). Just att ingå i ett sammanhang och få uppmärksamhet kan också medverka till att minska känslan av alienation (Chevalier et al., 2018; Stenhouse, 2011). Det blir också ett sätt att reflektera kring balansen mellan resurser och krav vilket ingår i omvårdnadsprocessen (Florin, 2007; Willman, 1996). För vårdpersonalen som leder eller deltar blir att träna på arbetstid ett sätt att hålla igång och vara hållbara; att behålla hälsan och kunna utföra sitt arbete i många år framöver (Grootjans & Newman, 2013).

Angående hållbarhet: på gruppnivå i samhället kan fysisk aktivitet inbegripande bidra till att denna grupp (personer med psykisk sjukdom) helt enkelt tränar mer. Vilket är positivt eftersom de som tidigare nämnts ha ökad risk kroppslig ohälsa (Knight et al., 2015; Verhaeghe et al., 2013). Framträdande hinder för rörelse är som sagt minskad initiativkraft och den psykiatriska medicineringen (a.a.). Bor patienten till exempel i ett utsatt bostadsområde kan även det vara ett hinder för fysisk aktivitet (McDevitt et al., 2006). Det är en vidare diskussion som inte kommer behandlas här men förhoppningsvis någon annanstans med fördel utifrån intersektionalitet (De los Reyes & Mulinari, 2005). Whitehead (2010) menar hur som helst att sjuksköterskor behöver se sig mer som politiska agenter, med större makt än vad de själva vill se, mycket på grund av att en stor mängd hälsoarbetare är sjuksköterskor men också för deras kunskap i både det biologiska och det sociologiska fältet (a.a). Detta är något Happell, Platania-Phung och Scott (2011) instämmer i. De menar att sjuksköterskan specialiserad i psykiatrisk omvårdnad har en lämplig roll för att främja fysisk aktivitet i relation till både den fysiska och psykiska hälsan hos den här vårdbelastade

gruppen. Detta på grund av sitt (förhoppningsvisa) holistiska förhållningssätt. De menar att sjuksköterskan känner till vad som främjar och hindrar fysisk aktivitet vid psykisk sjukdom och kan stötta och planera utefter det. De betonar att sjuksköterskan själv behöver ha tillit när det gäller att främja patienters fysiska aktivitet. Denna kan främjas genom att chefer och organisation via utbildning, riktlinjer och tid, bäddar för sjuksköterskans egenmakt och kompetens i sitt yrkesutövande. Att prova att skriva ut fysisk aktivitet på recept på ett mer frekvent sätt skulle också kunna medverka till sjuksköterskans insikt i fysiska aktivitetens verkningsområden (a.a.). Kallings (2011) uppger liknande; för att främja fysisk aktivitet för dem med psykisk sjukdom i Sverige behöver personalen (fortfarande) mer utbildning i vad fysisk aktivitet och Fysisk aktivitet på recept är, samt träning i motiverande samtal.

Vårdgivarna behöver förstå sin roll i att ta ansvar kring detta. Många patienter behöver efter utskrivning hjälp med träningsalternativ som inte är kostsamma (a.a.). Att informera och tänka på hur det blir för patienten efter utskrivningen, i samhället, är också en del i processen att minska stigma (Thomson et al., 2019). Dels genom samarbete och överrapportering till öppenvården men också genom att utnyttja i högre grad, fysisk aktivitet på recept eller andra uppföljande träningsprogram (Kallings; 2011). Detta sista har potential som ett förbättringsarbete i heldygnsvården.

Att få chansen att delta fast man inte tillhör samhällets vältränade norm kan vara ett led i att minska stigma och i förlängningen medverka till patientens återhämtning (Molin et al., 2016; Lassenius, 2014). Patienten kan vidare ha en syn på sin kropp som skör, svag, icke-existerande eller försatt i andra förfrämligande tillstånd, relaterat till den psykiska sjukdomen (Lassenius, 2014). Med denna upplevelse är det sannolikt att patienten önskar dra sig undan och skydda sig snarare än att gå och träna. Vårdaren behöver tänka till och vara medveten om hur man betraktar olika beteenden, till exempel ovanstående, att någon som drar sig undan gör det för skydd och kraftsamlande och inte för att den är passiv. Det vårdaren kan göra är att lyssna på patienten och hur den upplever och uttrycker sin kropp. Vidare, stötta patienten i att uttrycka sina behov och önskningar; hur hen kan närma sig sin kropp (Lassenius, 2014). Att använda sin egen kropp är ett sätt att få kontroll och kontakt med den, med existensen, och där kan vårdaren vara en del av ett utforskande och ett växande (a.a.). Den fysiska aktiviteten när en drivkraft att ta hand om sitt liv (Lassenius et al., 2013). Det är också viktigt att uppmärksamma sådant som kan öka stigma, till exempel om en person inte agerar enligt vad som anses rätt och hälsosamt i samhället; att ha många aktiviteter och en vältränad kropp till

exempel (a.a.). Bara det faktum att patienter drar sig för att gå på sportinrättningar och att de heller inte verkar vara inkluderade i sportinrättningarnas målgrupper (Verhaeghe et al., 2013). Att då bli sedd som en som kan träna samt att få tillgång till det som är bra för en, är ett stöd i sig.

Vidare borde den i tidigare studier nämnda känslan av att vara i ett förvar, av att ha tråkigt och sitta och vänta på aktiviteter och läkarbesök vändas något, genom deltagandet (Chevalier et al., 2018; Molin et al., 2016; Newell et al., 2011). Det går också att tänka sig att fysisk aktivitet får patienterna att känna sig friskare under inläggning och inte sjukare som en del uttryckte det (Chevalier et al., 2018). Det borde således skapa en mer positiv upplevelse av att vara inskriven.

Som tidigare nämnts är det viktigt att lyssna till patienten vilka faktorer som främjar eller hindrar just deras förmåga att utöva fysisk aktivitet (Lundström, Jormfeldt, Hedman Ahlström, Skärsäter, 2019; Piper, 2009). Det vill säga att på ett *personcentrerat* sätt visa respekt för önskemål, värderingar och behov (Cronenwett et al. 2007; Thomson et al., 2019). Detta är ett förhållningssätt som ingår i specialistsjuksköterskans kärnkompetenser för att säkerställa god och kvalitativ vård (Institute of medicine, IOM, 2003). Övriga är *att arbeta i multidisciplinära team, att använda evidensbaserad kunskap, att göra förbättringsarbeten samt att kommunicera och använda olika former av informationsteknik* (a.a.).

Vårdpersonalen behöver också ta hänsyn till det komplexa i att komma till en avdelning och vara där; patienten kan ha svårt att fokusera på hälsa (Knight et al., 2015; Wright et al., 2015). Här har sjuksköterskan på avancerad nivå en viktig roll då det ingår i arbetsbeskrivningen att kunna hantera just komplexa situationer (Högskoleförordningen; 1993:100). Enligt Benner (1984/1993) agerar en mer erfaren sjuksköterska mindre regelstyrt och mer situationsbetonat vilket kan behövas i den psykiatriska kontexten.

Egenmakt handlar också som tidigare nämnts om att tillgodo se materiella resurser. Hur lokaler (byggd miljö) är utformade påverkar också hur personer får möjlighet och tar steget till att träna (Kallings, 2011). Miljön behöver vara trygg och tillgänglig; speciellt för barn, kvinnor, äldre och personer med funktionsvariation. Detta gäller både inomhus och utomhus (a.a.). Det skulle kunna vara en fråga att ta upp vid ombyggnation eller nybyggen av psykiatriska vårdinrättningar; att utforma lokalerna så att det är lättåtkomligt att träna om

motivation och beredskap för att träna kommer fram i stunden, eller för regelbundna träningspass. (Ett tillfälle för sjuksköterskan att arbeta strategiskt.) Samtidigt är det bra att personalen använder sig av det de har, som finns inom räckhåll, i det här fallet tv-rummet och aktivitetsrummet. Det blir ett hållbarhetstänkande (Grootjans & Newman, 2013).

Strategisk yrkesutövare på ett organisatoriskt plan

Här handlar det om att tänka på det hälsofrämjande arbetet ur organisationsperspektiv och att skapa riktlinjer (eng. policies) och interventioner från en annan nivå än den patientnära (Piper, 2009). I aktuellt sammanhang gäller det för vårdorganisationen ta sitt hälsofrämjande ansvar: att se till att det finns personal på avdelningarna och kliniken för att kunna utföra ett sådant arbete (Lundström et al., 2019). Organisationen behöver reflektera över vad som är rimligt att vårdpersonal skall kunna utföra, både rent övningsmässigt men också fysiologiskt. En jämn kvalitet på träningspassen, som efterfrågades, kan vara möjligt om personalen får utbildning, annars är det en utopi. Edberg et al. (2013) förutspår i anslutning till detta att sjuksköterskorna specialistkompetens kommer förändras i framtiden, att vissa omvårdnadsspecialiteter kommer kopplas ihop på olika sätt. De anger vila och aktivitet som exempel. Det skulle i så fall vara ett sätt att strukturellt lyfta fram ett mer holistiskt men också hälsofrämjande omvårdnadsperspektiv. De säger vidare att sådana förändringar beror vilken kunskap och kompetens sjuksköterskor tillför. Patienterna i studien nämnde att det är positivt att fysisk aktivitet lyfts och inte bara medicinering, vars behandlingsfokus ofta väger tungt (Lundström et al., 2019). Med detta sagt önskar denna studie visa på att omvårdnad behöver ges än mer tyngd, på alla plan, i den psykiatriska vårdorganisationen.

Slutsats

Fysisk aktivitet är sett som något positivt enligt patienterna på de psykiatriska heldygnsvårdsavdelningarna i aktuell storstadsregion i Sverige. Den är en psykiatrisk omvårdnadsåtgärd med hälsofrämjande kraft. Den har positiv påverkan på flera områden: på den fysiska hälsan men också den psykiska och de sociala interaktionerna. Den får patienterna att känna att de klarar av saker. De får en mer jämlik relation till personalen. Personalen som tränar med patienterna får också förbättrad fysisk och psykisk hälsa: även det ett led i att tänka hållbart på gruppnivå. Det framkommer att personalen behöver vara uppmärksam på och ha förståelse vad som främjar deltagande och hindrar det. De behöver tänka kring motivation på flera plan och sin roll i det stöttande arbetet. Sjuksköterskorna behöver förstå att de har ett ansvar att förmedla de hälsofrämjande omvårdnadsaktiviteterna. Vidare

REFERENSER

- Ashworth, K., Sorsby, R., Green, B., & Huxley, A. (2013). Improving health promotion in psychiatric inpatient settings. *British Journal of Mental Health Nursing*, 2(4).
- Bartlem, K., Bailey, J., Metse, A., Asara, A., Wye, P., Clancy, R., Wiggers, J., & Bowman, J. (2018). Do mental health consumers want to improve their long-term disease risk behaviours? A survey of over 2000 psychiatric inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing* 27, 1032–1043.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. (T. Grundberg, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1984).
- Björck, M., & Sandman, L. (2007). Vårdrelation. Ett försök att tydliggöra begreppsanvändningen. *Vård i Norden*, 27(4), 14–19.
- Borge, L., Røssberg, J. I., & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20, 932–942.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 476–483.
- Carlbo, A., Persic Claesson, H., & Åström, S. (2018) Nurses' Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia, *Issues in Mental Health Nursing*, 39(7), 600–607.
- Chevalier, A., Ntala, E., Fung, C., Priebe, S., & Bird, V. J. (2018). Exploring the initial experience of hospitalisation to an acute psychiatric ward. *PLoS ONE* 13(9).
- Choi, K. W., Chen, C-Y., Stein, M. B., Klimentidis, Y. C., Wang, M. J., Koenen, K., & Smoller, J. W. (2019). Assessment of Bidirectional Relationships Between Physical Activity and Depression Among Adults A 2-Sample Mendelian Randomization Study *JAMA Psychiatry*, 76(4).
- Cleary, M., Horsfall, J., O'Hara-Aarons, M., Jackson, D., & Hunt, G. E. (2012). Mental health nurses' perceptions of good work in an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 471–479.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... & Warren, J. (2007). Quality and Safety Education for Nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-31.

Datainspektionen (u.å.). *Vad är egentligen en personuppgift*. Hämtat den 23 nov, 2019 från <https://www.datainspektionen.se/vagledning/en-introduktion-till-dataskyddsförordningen/vad-ar-en-personuppgift/>

Deenik, J., Kruisdijk, F., Tenback, D., Braakman-Jansen, A., Taal, E., Hopman-Rock, M., ... van Harten, P. (2017). Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17, 298.

De los Reyes, P., & Mulinari, D. (2005). *Intersektionalitet: kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Stockholm: Liber.

Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (2013). Introduktion. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red). *Omvårdnad på avancerad nivå* (1:5. uppl. s. 15–27). Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2019). *Statistik över hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Faskunger, J. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Faskunger, J., Leijon, M., Ståhle, A., & Lamming, P. (2007). *Fysisk aktivitet på recept (FaR®) – en vägledning för implementering*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Faulkner, A. (2017). Survivor research and Mad Studies: the role and value of experiential knowledge in mental health research. *Disability & society*, 32, 500–520.

Faulkner, G., & Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 9(6), 659–65.

Florin, J. (2007). Patient participation in clinical decision making in nursing: a collaborative effort between patients and nurses. (Doktorsavhandling. Örebro Unviversitet, Institutionen för Vård och social arbete, Högskolan Dalarna). Hämtad 17 November, 2019 från <http://oru.diva-portal.org/smash/get/diva2:137380/FULLTEXT01.pdf>

Foucault, M. (1992). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. (C. G. Ljungman översättn). (4. uppl.). Lund: Arkiv förlag. (Originalarbete publicerat 1972)

Fraser, S. J., Chapman, J. J., Brown, W. J., Whiteford, H. A., & Burton, N. W. (2015). Physical activity attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 413–420.

Freire, P. (1970/1993). *Pedagogy of the oppressed*. 30th anniversary edition. (8. uppl.). Bloomsbury Academic: London.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

Grootjans, J., & Newman, S. (2013). The relevance of globalization to nursing: a concept analysis. *International Nursing Review* 60, 78–85.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2011). Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 310–318.

Hayes, C., Palmer, V., Hamilton, B., Simons, C., & Hopwood, M. (2019). What nonpharmacological therapeutic interventions are provided to adolescents admitted to general mental health inpatient units? A descriptive review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 671–686.

Hedlund, L., Engh, J A., & Martinsen, E. W. (2016). Schizofreni. I A. Ståhle, M. Hagströmer, & E. Jansson (Red), Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). *FYSS 2017: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (3. rev. uppl., s.586–595). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.

Hermerén, G., Gustafsson, B., & Petterson, B. (2011). God forsknings sed. Vetenskapsrådets rapportserie, 1651–7350. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Hornik-Lurie, T., Shalev, A., Haknazar, L., Garber Epstein, P., Ziedenberg-Rehav, L., & Moran, G. S. (2018). Implementing recovery-oriented interventions with staff in a psychiatric hospital: A mixed-methods study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 25, 569–581.

Hovland, A., Martinsen, E. W., Taube, J., Andersson, E., & Kjellman, B. (2016). Ångestsyndrom. I A. Ståhle, M. Hagströmer & E. Jansson (Red), Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). *FYSS 2017: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (3. rev. uppl., s. 632–643). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.

Institute of medicine (IOM) (2003). *Workshop report. Health professions education: a bridge to quality*. Washington (DC): The national Academic Press.

Jonsdottir, I. H., & Lindegård Andersson, A. (2016) Stress och fysisk aktivitet. I A. Ståhle, M. Hagströmer, & E. Jansson (Red), Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). *FYSS 2017: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (3. rev. uppl., s. 164–170). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.

Kallings, L. (2011). FaR® *Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

Kibria, A. A., & Metcalfe, N. H. (2016). A biography of William Tuke (1732–1822): Founder of the modern mental asylum. *Journal of Medical Biography*, 24(3), 384–388.

Knight, M., Bolton, P., Coakley, C., Kopeski, L., & Slifka, K. (2015). Nursing Care for Lifestyle Behavioral Change. *Issues Mental Health Nursing*. 36(6), 464–73.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Lassenius, O. (2014). Kroppen i hälsans rörelse - fysisk aktivitet som möjlighet till återhämtning. I L. Wiklund Gustin (Red). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (2:1 uppl., s. 117-130). Lund: Studentlitteratur

Lassenius O., Arman, M., Söderlund, A., Åkerlind, I., & Wiklund-Gustin L. (2013). Moving toward reclaiming life: lived experiences of being physically active among persons with psychiatric disabilities. *Issues Mental Health Nursing*; 34(10), 739-46.

Lederman, O., Suetani, S., Stanton, R., Chapman, J., Korman, N., Rosenbaum, S., & Ward, P. B., & Siskind, D. (2017). Embedding exercise interventions as routine mental health care: implementation strategies in residential, inpatient and community settings. *Australasian Psychiatry*. 25(5), 451–455.

Lindqvist, P. (2012). *Människan i den slutna psykiatriska vården*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lindqvist, R., Rosenberg, D., & Fredén, L. (2011). Den svenska psykiatrireformen i nordisk belysning. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 88(6), 524–533.

Lundström, S., Jormfeldt, H., Hedman Ahlström, B., & Skärsäter, I. (under utgivning, 2019) Mental health nurses' experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29. doi: 10.1111/inm.12669.

Martinsen, E. W., Hovland, A., Kjellman, B., Taube, J., & Andresson, E. (2016). Depression. I A. Ståhle, M. Hagströmer, & E. Jansson (Red), Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). *FYSS 2017: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (3. rev. uppl., s. 362–370). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.

Mattsson, E. M., Jansson, E. & Hagströmer, M (2016). Fysisk aktivitet – begrepp och definitioner. I A. Ståhle, M. Hagströmer, & E. Jansson (Red), Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). *FYSS 2017: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (3., rev. uppl., s. 21–34). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.

Mc Devitt, J., Snyder, M., Miller, A., & Wilbur, J. (2006). Perceptions of Barriers and Benefits to Physical Activity Among Outpatients in Psychiatric Rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (1), 50–55.

Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. (2017). The Meanings of Salutogenesis. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, G. Arild Espnes. (Red.). *The Handbook of Salutogenesis* (s. 7–14). Cham: Springer Nature.

Molin, J., Graneheim U. H., & Lindgren, B., -M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies of Health Well-being*, 11, 29897.

Mugisha, J., De Hert, M., Loa Knizek, B., Kwiringira, J., Kinyandae, E., Byansil, W., ... Vancampfort, D. (2019). Health care professionals' perspectives on physical activity within the Ugandan mental health care system. *Mental Health and Physical Activity*, 16, 1–7.

Nationalencyklopedin (u.u). *Fenomen*. Hämtat 22 november, 2019 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/fenomen>

Newell, S. E., Harries, P. & Ayers, S. (2011). Boredom proneness in a psychiatric inpatient population. *International Journal of Social Psychiatry* 58(5), 488–495

Nordstedts engelska ordbok (1997). *Push*. (3:1. uppl.). Stockholm: Nordstedts.

Pellmer, K., Wrammer, B., & Wrammer, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Pender, N., J., Murdaugh, C., L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (3rd ed). New Jersey: Pearsons.

Piper, S. (2009). *Healthpromotion for nurses, theory and practice*. Milton Park: Routledge.

Polit, D. F., & Tatano Beck., C. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10. uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer,

Prebble, K., Kidd, J., O'Brien, A., Carlyle, D., McKenna, B., Crowe, M., Deering, D., & Gooder, C. (2011). Implementing and Maintaining Nurse-Led Healthy Living Programs in Forensic Inpatient Settings: An Illustrative Case Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(2), 127–138.

Rachlin, S. (1973). On the need for a closed ward in an open hospital: The psychiatric intensive-care unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 24(1), 829–835.

Region Stockholm (u.å.). *Så här fungerar rättspsykiatrisk vård*. Rättspsykiatri vård Stockholm. Hämtat 20 nov, 2019 från <https://www.rattspyskiatristockholm.se/om-oss/sa-har-fungerar-rattspyskiatrisk-varld/>

Region Stockholm (2019). *Frågor och svar om psykiatrisk tvångsvård*. <https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lagar-i-varden/lagen-om-psykiatrisk-tvangsvard/fragor-och-svar-om-psykiatrisk-tvangsvard/>

Richardson, C. R., Faulkner, G., Mc Devitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 56, 324–331.

Rooke, L. (1995). *Omvårdnad teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. (2:3. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Stanton, R., Parker, A., Waterreus, A., Curtis, J., & Ward. P. B. (2016). Implementing evidence-based physical activity interventions for people with mental illness: an Australian perspective. *Australasian Psychiatry*, 24(1), 49–54.

Salzmann-Erikson, M., Lütznén, K. Ivarsson, A.-B., & Eriksson, H. (2008). The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 98–107.

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet. (Upphör 2020.01.01)

SFS 1991:1129. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1993:100. *Högskoleförordningen*, Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Stanley, S., & Laugharne, J. (2014). The impact of lifestyle factors on the physical health of people with a mental illness: a brief review. *International Journal of Behavioural Medicine*, 21(2), 275–281.

Stanton, R., Donohue, T., Garnon, M., & Happell, B. (2016). Participation in and Satisfaction with an Exercise Program for Inpatient Mental Health Consumers. *Perspectives in Psychiatric Care* 52, 62–67.

Stanton, R., & Happell, B. (2014). Exercise for mental illness: A systematic review of inpatient studies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 232–242.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet.: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Stenhouse, R. C. (2011). ‘They all said you could come and speak to us’: patients’ expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 74–80.

Stockholms Läns Landsting, [SLL] (u.å.). *Heldygnsvård. Psykiatri i Stockholm*. Hämtat den 23 oktober 2019 från <https://psykiatri.sll.se/vard-hos-oss/Heldygnsvard/>.

Svedberg, G. (2002). *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft*. Doktorsavhandling, Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri Karolinska Institutet.

Svedberg, G. (2014). Röster ur det förflutna. I L. Wiklund Gustin (red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (2:1 uppl.) (s.3960). Lund: Studentlitteratur.

Svedberg, P. (2011). In what direction should we go to promote health in mental health care? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6, 7118.

Sveriges kommuner och landsting, SKL (u.å.). *Psykiatrisk sjukvård*. Hämtad den 16 dec 2019, <https://vardenisiffror.se/report/view?id=58bd1b83d4475f0ef0f1b3b4>

Thomson, A. E., Racher, F., & Clements, K. (2019). Person-Centered Psychiatric Nursing Interventions in Acute Care Settings. *Issues in mental health nursing*, 40 (8), 682–689.

Tjora, A. (2016). *Från nyfikenhet till systematisk kunskap*. (1:2 uppl.). Lund. Studentlitteratur.

Tucker, S. J., & Carr, L. J. (2016). Translating Physical Activity Evidence to Hospital Settings: A Call for Culture Change. *Clinical Nurse Specialist*, 30(4), 208–215.

Vancampfort, D., & Stubbs, B. (2017). Physical activity and metabolic disease among people with affective disorders: Prevention management and implementation. *Journal of Affective Disorders*, 224, 87–94.

Vancampfort, D. Stubbs B., Veronese, N. Mugisha, J., Swinnen N. Koyanagi, A. (2018) Correlates of physical activity among depressed older people in six low-income and middle-income countries: A community-based cross-sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 33(2): 314–322.

Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., Annemans, L. (2013). Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (11–12), 1569-78.

Whitehead, D. (2010). Health promotion in nursing: a Derridean discourse analysis. *Health Promotion International*, 26, 1.

Wigzell, O. (2016). Förord Socialstyrelsen. I A. Ståhle, M., Hagströmer, E. Jansson (Red), Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). *FYSS 2017: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (3., rev. uppl., s. 11). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.

Wiklund Gustin, L. (2014). Att närma sig det svårförståeliga. I Psykiatrisk omvårdnad på avancerad nivå. I L. Wiklund Gustin (red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (2:1 uppl.) (s 21–38). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. (1996). *Hälsa är att leva: en teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad*. Doktorsavhandling. Lunds Universitet.

Wilson, L., Mendes, I., A. C., Klopper, H., Catrambone, C., Al-Maaitah, R., Norton, M. E., & Hill, M. (2016). ‘Global health’ and ‘global nursing’: proposed definitions from The Global Advisory Panel on the Future of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1529–40.

Wright, N., Rowley, E., Chopra, A., Gregoriou, K., & Waring, J. (2015). From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. *Health Expectations*, 19, 367–376.

World Health Organization, [WHO]. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hämtat 9 dec, 2019 <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR) Health Education and Health Promotion Unit (HEP).

World Health Organization. (2010). *Global recommendation on physical activity for health*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2013). *Mental Health action plan 2013 - 2020*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (2019). *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. International Classification of Diseases 11th Revision [ICD 11]. Hämtad 14 dec 2019, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f334423054>

BILAGOR

Bilaga 1 Intervjuguide

Studie om fysisk aktivitet på heldygnsvårdsavdelningar A och B, September 2019.

Intervjunr: Datum och avdelning:

Intervjufrågor.

- 1. Vad har du för erfarenhet av fysisk aktivitet (träning, rörelse)?*
- 2. Vad vet du om fysisk aktivitet relaterat till psykisk ohälsa?*
- 3. Hur har ditt deltagande i avdelningens erbjudna tillfällen för fysisk aktivitet sett ut?*
- 4. Vad tänker och känner du kring fysisk aktivitet när du är inskriven?*
- 5. Vad tänker och känner du kring att bli "pushad" till fysisk aktivitet?*
- 6. Hur ser du på personal som träningsledare?*
- 7. Hur ser du på att utöva fysisk aktivitet tillsammans med personal?*
- 8. Hur upplever du det att träna i grupp (behöver inte svara om du inte deltagit)?
(Tillsammans med andra?)*
- 9. Om du har deltagit i avdelningens tillfällen för fysisk aktivitet; tankar och känslor kring ditt mående efter att ha deltagit?*
- 10. Vilka främjande krafter ser du för att delta i fysisk aktivitet? (Varför deltog du?)*
- 11. Vilka hindrande krafter ser du för att delta i fysisk aktivitet? (Varför deltog du inte?)*
- 12. Vad kan göras bättre både gällande fysiska aktivitetens form och innehåll? Upplägget?*
- 13. Hur kan vi på avdelningen hjälpa dig att upprätthålla träningen under vårdtiden och framöver? (Eller få dig att börja träna?)*
- 14. Tankar och känslor kring medicinsk behandling vs fysisk aktivitet som behandling vid*

psykisk ohälsa? (Att bli erbjuden fysisk aktivitet som den enda behandlingen/åtgärden?)

15. Om jag skulle ställa någon ytterligare fråga om detta, vilken tycker du att jag skulle ställa?

16. Hur har du upplevt det att svara på dessa frågor?

Bilaga 2 Informerat samtycke

Fysisk aktivitet - på avdelningen och kliniken.

Nu vill jag som specialiststudent inom psykiatrisk omvårdnad **höra vad Du har att säga** och vilka upplevelser du har av att ha blivit tillhandahållen fysisk aktivitet under din inskrivning här. Du kan ha deltagit i våra promenader, i våra gympapass eller använt motionsredskapen i korridoren. Det kan ha varit hur lite som helst eller hur mycket som helst. Har du inte deltagit men ändå vill reflektera över denna omvårdnadsåtgärd är du också välkommen att svara på frågor.

Upplägget är **en intervju** som tar max 20 minuter att genomföra. Jag kommer att anteckna det du säger. OBS, ingen inspelning. Vi kommer sitta avskilt. Intervjuerna kommer att **anonymiseras** och förvaras oåtkomligt för andra än för mig (projektledaren). Du har möjlighet att få en kopia av det jag har antecknat. Svaren kommer att redovisas i en studentuppsats.

Du kan när som helst avbryta utan att det kommer att påverka din vård. Att **delta i studien är frivilligt**.

Har du frågor kontakta mig, Röda Korsets Högskola eller enhetschefen på din avdelning.

Med vänliga hälsingar

Christina Almberg, sjuksköterska under specialistutbildning i psykiatrisk omvårdnad, via Region Storstad och Röda Korsets Högskola

Telefon: nummer, E-post: adress

Handledare: Röda Korsets Högskola:

E-post: namn @rkh.se

Enhetschef avd A: Namn, epost

Enhetschef avd B: Namn, epost

Jag har förstått given information och samtycker till att delta i aktuell studie:

Ja

Datum och avdelning:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Bilaga 3 Deltagarinformation

Deltagarinformation

Jag är student i psykiatrisk omvårdnad på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot psykiatrisk omvårdnad på Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng.

Jag avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet.

Preliminärt namn på studien är: **Inskrivna patienters upplevelser av omvårdnadsåtgärden fysisk aktivitet inom den psykiatriska heldygnsvården**

Området jag önskar studera är: Inskrivna patientens upplevelser av fysisk aktivitet på heldygnsvårdsavdelning

Jag vill därför tillfråga dig om att delta i en intervju angående din upplevelse av tillhandhållen fysisk aktivitet under din vårdtid här på psykiatriska kliniken.

Intervjun tar ca 20 minuter att genomföra.

Det som framkommer vid intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagare kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att på något sätt påverka dig.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till en förbättrad psykiatrisk omvårdnad.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till mig (se nedan).

Stockholm

Studentens namn: Christina Almberg,

E-post: adress

Handledare: ...

E-post: namn@rkh.se

Röda Korsets Högskola

Box 55 676

102 15 Stockholm

Tel. 08 58751600

Bilaga 4 Förfrågan till kliniken



Till verksamhetschefen vid psykiatriska kliniken

Förfrågan angående genomförande av studie.

Jag, Christina Almqvist studerar på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot psykiatrisk omvårdnad vid Röda Korsets Högskola i Stockholm.

I utbildningen ingår ett examensarbete inom huvudämnet Omvårdnad i form av en uppsats om 15 högskolepoäng. Jag avser att genomföra en studie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: Inskrivna patienters upplevelse av tillhandahållen fysisk aktivitet inom den psykiatriska heldygnsvården.

Studiens övergripande forskningsfråga är: Att beskriva inskrivna patienters upplevelse av tillhandahållen fysisk aktivitet inom den psykiatriska heldygnsvården.

Datansamlingen kommer att ske med hjälp av: Intervjuer
(Vg se bifogad projektplan.)

Tidsplan: Datansamlingen planeras starta v 36, 2019 och vara avslutad v 39, 2019

Min handledare är namn

Jag förbinder mig att skriftligt och muntligt informera personal i berörda verksamheter. Vidare förbinder jag mig att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga kontaktade patienter alternativt personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen (Vg se bifogad deltagarinformation/förfrågan).

I görligaste mån kommer uppgifter från de undersökta medarbetarna/patienterna att vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas konfidentiellt. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter och efter avlagd examination publiceras i DIVA.

Jag ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen vid avdelningarna A och B inom Psykiatrikliniken på Sjukhuset, den 26 augusti 2019

Tillstånd att genomföra datansamling gives av verksamhetschef X

Vid..... Den.....

Röda Korsets Högskola
Hälsövägen 11,

141 57 Huddinge

Tel. 08 58751600

Bilaga 5 Aktivitetsscheman för två psykiatriska heldygnsvårdavdelningar

Aktiviteter på avdelning A				
Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Morgonsamling 09:15	Morgonsamling 09:15	Morgonsamling 09:15	Morgonsamling 09:00	Morgonsamling 09:15
			Gymna 09:30 – 10:00	
				Kultur i vården 11:00 - 11:45
		Gymna Psy Mottagningen 11:45 - 12:45		
Promenad 13:15 – 14:00	Promenad 13:15 – 14:00	Promenad 13:15 – 14:00	Promenad 13:15 – 14:00	Promenad 13:15 – 14:00
Bild eller mindfulness- grupp 14:15 -	Rörelsestud/ Bildgrupp 14:15 – 14:45		Bildgrupp 14:30 - 15:30 (Arbetsterapeut xl)	Bildgrupp 14:30 – 15:30

Bilaga 6 Öppenvårdens träningschema

Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
	07:30 Styrka 30 min			
	09:00 Stavgång 45 min			
	11:00 Vatten- gympa 30 min	11:15 Gympa 30 min	11:45 Dans 30 min	11:00 Funktionell träning 30 min
		14:00 Soft 30 min		13:00 Yoga 45 min
16:00 Gympa 30 min	16:00 Tabata 45 min		16:00 Tabata 45 min	