



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
KURS 17, 15 hp
HT 11

SÄTT PSYKIATRIN I RÖRELSE!

- En intervjustudie om sjuksköterskors
erfarenheter av fysisk aktivitet för
tvångsvårdade patienter med psykisk ohälsa.

Anna Wallgård & Emmy Stööph

SAMMANFATTNING

Bakgrund: En god hälsa kräver ett psykiskt så väl som fysiskt välbefinnande. De goda fysiologiska effekterna av fysisk aktivitet har länge uppmärksammats och ny forskning pekar även på flertalet psykologiska vinster. Det är dessutom allmänt känt att en stillasittande livsstil kan leda till en rad olika sjukdomar och försämrat hälsotillstånd. Patienter med psykisk ohälsa som vårdas under tvång har begränsade möjligheter till aktivitet och ett minskat självbestämmande gällande upprätthållandet av en god fysisk hälsostatus.

Syfte: Syftet med denna studie är att undersöka yrkesverksamma sjuksköterskors erfarenheter av fysisk aktivitet för patienter som vårdas inom psykiatrisk tvångsvård. **Metod:** Designen var en empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats. Sjuksköterskor yrkesverksamma inom psykiatrisk tvångsvård intervjuades. Analysen av insamlad data gjordes av det manifesta innehållet i intervjuerna. **Resultat:** Studien resulterade i sex kategorier; *Den goda vårdrelationen, Hinder inom tvångsvården, Sjuksköterskans inställning, Sjuksköterskans ansvar och Individanpassad aktivitet* **Slutsats:** Sjuksköterskor inom psykiatrisk tvångsvård hade en positiv inställning till fysisk aktivitet men hinder och svårigheter såväl inom organisationen som relaterat till patienternas sjukdomstillstånd försvårade arbetet med tillfredställandet av en god fysisk hälsostatus.

Nyckelord: Fysisk aktivitet, psykisk ohälsa, tvångsvård, kompletterande behandling, vårdrelation.

SUMMARY

Background: Good health requires a mental as well as physical well-being. The good physiological effects of physical activity have long been recognized and new research also points to several psychological gains. It is well known that a sedentary lifestyle can lead to a variety of diseases and conditions. Patients with mental illness who are cared for under compulsory institutional care have limited opportunities for activity and a decreased self-determination regarding the maintenance of a good physical health status. **Aim:** To investigate registered nurses' experiences of physical activity for patients with mental illness who are cared for under compulsory institutional care. **Method:** The design was an empirical interview study with a qualitative approach. Nurses working in psychiatric compulsory institutional care were interviewed. The analysis of the gathered information was made of the manifest content of the interviews. **Results:** The study resulted in six categories; The good nurse- patient relationship, obstacles in compulsory institutional care, nurses attitudes, nurses' responsibility and individualized activity. **Conclusion:** Nurses in psychiatric compulsory institutional care had a positive attitude towards physical activity, but the obstacles and difficulties both within the organization as well as the patients' medical conditions, complicated the process of satisfying the patients physical health status.

Keywords: Physical activity, mental health, additional therapy, compulsory institutional care, nurse- patient relationship.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
2.1	Centrala begrepp	2
2.2	Fysiologiska effekter av fysisk aktivitet	2
2.3	Psykologiska effekter av fysisk aktivitet	3
2.3.1	Patientperspektiv	3
2.4	Psykiska sjukdomar	4
2.4.1	Depression och ångestsyndrom	4
2.4.2	Psykosjukdomar	5
2.5	Psykiatrisk tvångsvård	7
2.6	Teoretisk referensram	8
3	PROBLEMFORMULERING	9
4	SYFTE	9
5	METOD	10
5.1	Design	10
5.2	Urval	10
5.3	Datainsamlingsmetod och genomförande	10
5.4	Dataanalys	11
6	ETISKA ASPEKTER	12
7	RESULTAT	13
7.1	Den goda vårdrelationen	13
7.2	Sjuksköterskans motivationsarbete	14
7.3	Hinder inom tvångsvården	15
7.3.1	Hinder i organisationen	15
7.3.2	Hinder relaterat till patientklientel	16
7.4	Sjuksköterskans inställning till fysisk aktivitet	16
7.4.1	Vinster av fysisk aktivitet	17
7.4.2	Fysisk aktivitet på avdelningen	18
7.5	Sjuksköterskans ansvar	18
7.6	Individanpassad aktivitet	19
8	Diskussion	20
8.1	Metoddiskussion	20

8.1.1	Design.....	20
8.1.2	Urval.....	20
8.1.3	Datainsamlingsmetod.....	20
8.1.4	Dataanalys.....	22
8.2	Resultatdiskussion.....	22
8.2.1	Den goda vårdrelationen	22
8.2.2	Sjuksköterskans motivationsarbete	23
8.2.3	Hinder inom tvångsvården	23
8.2.4	Sjuksköterskans inställning	24
8.2.5	Sjuksköterskans ansvar	25
8.2.6	Individanpassad aktivitet.....	25
8.3	Slutsatser	26
8.4	Klinisk betydelse.....	26
8.5	Förslag på vidare forskning och utveckling	27
9	REFERENSER	28
	BILAGOR.....	33

1 INLEDNING

En god hälsa kräver ett psykiskt så väl som ett fysiskt välbefinnande. Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom psykiatriskvård, bildade vi uppfattningen om att det idag läggs stort fokus på farmakologiska, sedvanliga behandlingsmetoder, medan det kroppsliga välbefinnandet försummas. Våra upplevelser av psykiatrin väckte intresse och ligger därför till grund för valt ämnesområde.

Det är allmänt känt att fysisk aktivitet kan förebygga sjukdomar som leder till kroppsligt lidande men ny forskning visar även vikten av rörelse för ett psykiskt välmående. Patienter med psykisk ohälsa som vårdas under tvång har begränsade möjligheter till aktivitet och ett minskat självbestämmande gällande upprätthållandet av en god fysisk hälsostatus. Fysisk aktivitet bör därför enligt oss, vara en del i behandlingen vid all sjukdom inom alla vårdinstanser.

2 BAKGRUND

2.1 Centrala begrepp

I denna studie kommer nedanstående begrepp att definieras på följande sätt:

Psykisk ohälsa samt *psykisk sjukdom* är i denna studie synonyma begrepp och innefattar psykiska tillstånd som depression, ångest och psykossjukdomar. Med *fysisk aktivitet* menas all kroppslig rörelse som innebär sammandragningar av skelettmuskulaturen och som leder till en ökad ämnesomsättning.

Psykiatrisk tvångsvård innebär tvångsvård av patienter med psykisk ohälsa där möjligheterna till frigång är begränsade.

2.2 Fysiologiska effekter av fysisk aktivitet

De goda fysiologiska effekterna av fysisk aktivitet har länge uppmärksammats och det är allmänt känt att en stillasittande livsstil kan leda till en rad olika sjukdomar och hälsotillstånd. År 2002 kostade inaktiviteten hos individer i Sverige cirka sex miljarder kronor för staten. I och med den ökade uppmärksamheten kring vikten av fysisk aktivitet samt den ständiga uppkomsten av nya rön och direktiv i tv, radio och tidningar, läggs ett stort ansvar på individen själv att upprätthålla en god hälsostatus (Wikland, 2007).

Fysisk aktivitet har visat sig kunna förebygga flera av de vanligaste folksjukdomarna i Sverige, så som hjärt- och kärl sjukdom, diabetes, benskörhet och övervikt. En god aktivitetsnivå minskar med andra ord risken för förtidig död hos individer. Fysisk aktivitet leder dessutom till möjligheter att bibehålla eller gå ner i vikt, förbättra konditionen och ge en bättre kroppskontroll. Vidare har det rapporterats att en aktiv livsstil ger en högre kvalitet på sömnen, genom att bidra till en djupare sömn (Henriksson & Sundberg, 2008; Wikland, 2007).

Enligt Statens Folkhälsoinstitut (FHI, 2010) bör alla människor utföra minst 30 minuters fysisk aktivitet per dag för att uppnå goda hälsoeffekter samt förebygga sjukdom. Intensiteten, durationen och kontinuiteten är tre begrepp som avgör hur stora effekterna på kroppen blir (Henriksson & Sundberg, 2008).

2.3 Psykologiska effekter av fysisk aktivitet

Förutom ovannämnda goda fysiologiska effekter som fysisk aktivitet medför, finns även evidensbaserad forskning på att fysisk aktivitet ger positiva effekter på psykisk ohälsa (Lassenius, 2010). Faulkner och Carless (2006) delar in de goda effekterna av fysisk aktivitet som tros påverka den psykiska hälsan i tre huvudgrupper. Första gruppen är de biokemiska effekterna som ökad utsöndring av endorfiner, noradrenalin och monoaminer. Den andra gruppen består av de fysiologiska effekterna så som bättre hjärt- samt muskelfunktion. Den sista gruppen består av de psykologiska effekterna där socialt stöd, känsla av självständighet och distraktion av sjukdomstillstånd ingår.

I en studie av Trivedi, Greer, Granneman, Chambliss och Alexander (2006) gjordes en intervention på patienter som efter traditionell medicinsk behandling med antidepressiva läkemedel inte uppnått önskat resultat. Under interventionen stod samtliga patienter kvar på oförändrad medicinering, dessutom implementerades kontinuerlig fysisk aktivitet som behandlingsmetod. I resultatet av studien framkom en kraftigt positiv effekt av interventionen och samtliga patienter hade sänkt poäng vid ny depressionsskattning (a.a.).

2.3.1 Patientperspektiv

I en undersökning utförd av Crone och Guy (2008), intervjuas elva patienter med psykisk ohälsa om deras åsikter kring vikten av fysisk aktivitet för dem. De beskriver att drivkraften för deras deltagande var viktnedgång eller viktkontroll samt önskan om att få aktivera sig och öka sin energinivå. Vidare beskriver respondenterna att de utöver de kroppsliga effekterna upplevde känslan av ett ökat socialt samspel, meningsfullhet och en känsla av förnöjsamhet över det faktum att de utträttat något under dagen. Fysisk aktivitet fungerade också som distraktion, där de lyckades fokusera på något annat än dennes sjukdomssituation (a.a.).

Fysisk aktivitet ökar enligt Faulkner och Sparkes (1999) självförtroendet och självbilden hos patienter med psykisk ohälsa. Fox (1999) beskriver självförtroendet som en viktig komponent vid forskning om psykisk ohälsa. Lågt självförtroende menar Fox är förknippat med många olika former av psykisk ohälsa samt dåliga hälsovanor. Fysisk aktivitet ger individer mer energi, är stämningshöjande och ger på så sätt ett ökat subjektivt välmående.

Patienter med psykisk ohälsa rapporterar i två studier av Vancampfort, De Hert, Maurissen, Sweers, Knapen, Raepsaet, och Bonsaksen (2011) samt McDevitt, Snyder, Miller och Wilbur (2006) att det finns en rad olika barriärer som hindrar dem till att vilja/kunna utföra fysisk aktivitet. Patienterna i studierna beskriver exempelvis bristen på träningsfaciliteter på avdelningen, bristande energi, dåligt självförtroende, höga kostnader, övervikt samt bristande socialt stöd (a.a.). Det livslidande som patienter med psykisk ohälsa upplever som en känsla av meningslöshet, kan lindras om denne får känna sig aktiv i sina egna val och önskemål. Fysisk aktivitet, skulle kunna vara en viktig del i detta (Lassenius, 2010).

2.4 Psykiska sjukdomar

2.4.1 Depression och ångestsyndrom

Att vara i sänkt stämningsläge är i sig inget sjukligt fenomen, alla människor är ledsna eller nedstämda ibland. Om stämningsläget är rejält sänkt, under en längre tid, finns anledning att tala om egentlig depression (Levander, Adler, Gefvert & Tuninger, 2008). Ett annat normalpsykologiskt fenomen är att vid yttre hot eller fara reagera med rädsla. Kroppen reagerar instinktivt med att vilja fly, undvika, gå till attack eller dylikt för att undgå faran. Hjärtfrekvensen stiger och cirkulationen i kroppen fördelas till de centrala delarna för maximal men kortsiktig effektivitet, svettkörtlar aktiveras och kroppshåret reser sig. När dessa normalpsykologiska fenomen uppstår utan egentligt yttre stimuli används benämningen ångest, överlevnadsinstinkten är då dysfunktionell (a.a.).

Redan år 2000 var depression rankat av WHO som det fjärde största världsomfattande folkhälsoproblemet (World Health Organisation [WHO], 2011). Förekomsten av denna psykiska diagnos fortsätter att öka (Kjellman, Martinsen, Taube & Andersson, 2008) och inte minst stiger prevalensen bland kvinnor (Teychenne, Ball & Salmon, 2008).

Evidensbaserad forskning har visat att fysisk aktivitet ger goda effekter på depression och ångestsyndrom samt som komplement i behandling av andra allvarligare psykiska sjukdomstillstånd (Lassenius, 2010; Hedlund, Gunnarsson, Jonsdottir, Nyberg & Taube, 2010). År 2010 kom Socialstyrelsens första riktlinjer gällande vård vid depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2010). Socialstyrelsen har i dessa riktlinjer använt en 10-gradig skala för att med hjälp av rådande forskningsevidens

klassa olika behandlingsmetoders prioritet i vård av depression samt ångestsyndrom. Graderingen innebär att nummer 1 på skalan har högsta angelägenhetsgrad och därmed en åtgärd som för sjukdomstillståndet har högsta prioritet i behandlingen. Nummer 10 är däremot lägst på skalan och har också därmed en betydligt lägre angelägenhetsgrad och bör prioriteras därefter. Exempel på en effektiv åtgärd då snabbt resultat är önskvärt vid behandlingen av svår depression är Elektrokonvulsiv Behandling (ECT) som graderades till 1. Fysisk aktivitet var en annan av behandlingsmetoderna som graderades enligt skalan. För behandling av vuxna med lindrigt till måttlig depression eller ångestsyndrom fick fysisk aktivitet en 3:a på prioriteringsskalan. Effekten räknas som god och prioriteten relativt hög, vilket kan jämföras med psykosocial rådgivning som endast fick en 8:a. Hedlund et al. (2010) beskriver i en artikel som publicerats i Läkartidningen hur Socialstyrelsens nya riktlinjer främst är ämnat som stöd för beslutsfattare. Dock anser de att även den enskilda vårdgivaren kan ha nytta av rekommendationerna. Vidare menar Hedlund et al. att riktlinjerna lyfter fram den fysiska aktivitetens preventiva funktion för den psykiska ohälsan. Även Kjellman et al.(2008) beskriver fysisk aktivitet i relation till depression som effektiv både som preventiv och behandlande metod.

2.4.1.1 Farmakologisk behandling

Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) är idag förstahandspreparat vid behandling av depression och ångestsyndrom (Levander et al., 2008). Vanliga biverkningar vid SSRI användning är huvudvärk, illamående, viktminskning, motorisk oro hjärtklappningar samt sömnsvårigheter. Mer ovanliga biverkningar är tremor, koordinationssvårigheter, hög puls och högt blodtryck (Levander et al., 2008; Simonsen, Aarbakke & Hasselström, 2002).

2.4.2 Psykossjukdomar

När hjärnan tappar förmågan att förstå, tolka och analysera information, stänger ner normalfunktioner och får ett ”sammanbrott” innebär det att personen blir psykotisk (Levander et al., 2008). Det finns många olika psykotiska tillstånd och vad som orsakar en psykos är ytterst individuellt. Alla människor kan hamna i en psykos, det som avgör vem som drabbas är dels mängden av yttre belastning, dels hur mycket yttre belastning personen klarar av(a.a.).

Schizofreni är en sjukdom som innebär bland annat psykotiska episoder och ingår därför i gruppen psykosjukdomar (Martinsen & Taube, 2008b). Vancampfort et al. (2011) beskriver i en artikel från år 2011 symtomen för schizofreni uppdelat i positiva och negativa symtom. Till gruppen positiva symtom hör bland andra de psykotiska symtomen vanföreställningar och hallucinationer, till de negativa symtomen klassas de symtom som rör bortfall av kroppsliga funktioner. Levander et al. (2008) beskriver bortfallet av kroppsliga funktionerna som att personen kan bli autistisk och självförsjunken, tappa sociala funktioner, drabbas av svår ambivalens och kognitiv funktionsnedsättning. Sameby, Söderberg, Hedström och Waern (2008) menar att symtomen leder till att dessa personer blir inaktiva och är i sämre fysisk kondition. Mortaliteten är upp till fem gånger högre hos personer som lider av schizofreni i jämförelse med normalpopulationen och de allra flesta dör på grund av somatisk sjukdom (a.a.). Enligt Vancampfort et al. kan den fysiska inaktiviteten hos denna patientgrupp direkt härledas till den ökade risken för hjärtkärlsjukdom. Även diabetes har en högre förekomst hos denna patientgrupp än hos normalpopulationen.

2.4.2.1 Farmakologisk behandling

Antipsykosmedel eller neuroleptika, är idag den vanligaste medicinska behandlingen av schizofreni och andra psykosjukdomar. Neuroleptika fungerar på så sätt att det blockerar dopaminreceptorerna i hjärnan. Effekterna blir en antipsykotisk verkan som framförallt reducerar de tidigare beskrivna positiva symtomen (Simonsen et al., 2004; Norlén & Lindström, 2009). En av de biverkningar neuroleptika kan ge är så kallade extrapyramidala biverkningar så som rörelse och koordinationsrubbingar. Brukare av antipsykosmedel kan därför drabbas av parkinsonism, akut dystoni samt akatisi. Den nya generationens antipsykotika (atypiska) lindrar även de negativa symtomen och ger dessutom färre extrapyramidala biverkningar. Ofrivillig viktuppgång och påverkan på ämnesomsättningen är de vanligaste biverkningarna i denna läkemedelsgrupp och detta leder till en rad olika riskfaktorer och eventuellt metabolt syndrom för patienten. Personer med schizofreni lider på grund av sin övervikt ofta av insulinresistens, högt blodtryck samt höga blodfetter och drabbas därför lättare av både diabetes 2 och hjärtkärlsjukdomar (Usher, Foster & Park, 2006).

Enligt Martinsen och Taube (2008a) är det inte genomförbart att ersätta sedvanliga behandlingsmetoder för patienter med allvarlig psykisk sjukdom med alternativ

behandling, så som fysisk aktivitet. Vidare menar dock Martinsen och Taube att fysisk aktivitet kan vara till stor nytta som komplement i rådande behandlingsmetoder.

2.5 Psykiatrisk tvångsvård

År 1991 stiftades två lagar gällande tvångsvård i Sverige, Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård och Lagen om Rätt psykiatrisk Vård. Enligt socialstyrelsen (1999) vårdas varje dag över 3000 personer i Sverige mot sin egen fria vilja i stöd av någon av dessa tvångslagar.

För att vårda någon mot sin egen vilja, måste personen som vårdas uppfylla vissa kriterier. Personen ifråga måste lida av *allvarlig psykisk störning*. Denna allvarliga psykiska störning måste i sin tur leda till ett tillstånd där personen har ett *oundgängligt behov* av att vårdas inom psykiatrisk tvångsvård. Dessutom skall inte vårdbehovet kunna tillgodoses på annat sätt, än vård just inom psykiatrisk tvångsvård. Den tredje och sista förutsättningen för tvångsvårdande är att personen *motsätter sig* psykiatrisk vård eller saknar förmåga att göra ett ställningstagande i frågan, detta skall dessutom uppenbart kunna relateras till personens psykiska tillstånd (Cullberg, 2003).

För patienten som vårdas under LPT innebär det begränsningar. Patienten får till exempel inte själv avgöra om eller när denne vill lämna vårdinrättningen eller området där patienten får vistas. Detta innebär att om det är nödvändigt, får det tvång som krävs användas för att hindra patienten till detta. Om särskilda skäl finns eller för att upprätthålla säkerheten på vårdinrättningen innebär LPT att åtgärder som avskiljning, tvångsmedicinering eller bältesläggning får användas (Cullberg, 2003).

Förutom dessa tvångsåtgärder som finns att tillämpa inom psykiatrin är det viktigt att komma ihåg att all vård i grund och botten lyder under Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), §2 och §2a. HSL innebär bland annat att det finns en skyldighet för all vårdpersonal att utföra god vård för alla och vård för alla på lika villkor. I HSL framkommer också betydelsen av förebyggande åtgärder samt kravet på god vård även för patienter som vårdas mot sin egen vilja.

2.6 Teoretisk referensram

Virginia Henderson, amerikansk omvårdnadsforskare som levde mellan 1897-1996, definierar i sin forskning 14 grundprinciper för en god omvårdnad (Kirkevold, 2000). Att hjälpa patienten äta och dricka, Att hjälpa patienten till vila och sömn, Att hjälpa patienten undvika faror i omgivningen samt skydda andra mot skador, som patienten eventuellt kan vålla, såsom infektion eller våldshandlingar, Att hjälpa patienten meddela sig med andra och ge uttryck för sina önskemål och känslor samt Att hjälpa patienten utföra arbete eller skapande verksamhet är några av dessa principer (Henderson, 1991). Likaså har Henderson beskrivit 10 allmänna riktlinjer för omvårdnad där hon bland annat tar upp vikten av individanpassad vård, tillgodose patientens behov och att skapa en fördelaktig och naturlig vårdrelation. Allt detta för att uppnå god omvårdnad. Vidare har Henderson sammanfattat sjuksköterskans uppgifter enligt följande:

Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död): åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende. (Henderson, 1991 s.12).

3 PROBLEMFORMULERING

De fysiologiska vinsterna av fysisk aktivitet är många och litteraturen beskriver hur fysisk aktivitet kan förebygga hjärtkärlsjukdomar, diabetes och andra livsstilssjukdomar. Den psykiska hälsan försämras världen över och personer med psykisk ohälsa löper ökad risk att drabbas av dessa livsstilssjukdomar. Ny forskning pekar därför på vikten av fysisk aktivitet som en del i behandlingen för personer med depression och ångestsyndrom, men även för de som lider av allvarigare psykisk sjukdom så som psykossjukdomar.

Hälso- och sjukvårdslagen anger krav på god vård på lika villkor, oavsett om en patient vårdas mot sin egen vilja eller inte. Innebörden av detta är att all vård måste individanpassas så att alla patienters behov tillgodoses och att hälsofrämjande åtgärder finns att erbjuda.

När patienter som vårdas inom psykiatrisk tvångsvård begränsas till att utföra fysisk aktivitet, som är en del i upprätthållandet av en god hälsostatus, har sjuksköterskan en viktig roll som omvårdnadsansvarig.

4 SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka yrkesverksamma sjuksköterskors erfarenheter av fysisk aktivitet för patienter som vårdas inom psykiatrisk tvångsvård.

5 METOD

5.1 Design

En empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats användes för att beskriva sjuksköterskor, yrkesverksamma inom psykiatrisk tvångsvård, erfarenheter av fysisk aktivitet för patienter med psykisk ohälsa.

5.2 Urval

För att uppnå syftet med studien var inklusionskriterierna; sjuksköterskor yrkesverksamma inom psykiatrisk tvångsvård. Totalt tillfrågades sex sjuksköterskor på tre olika psykiatriska avdelningar. Enligt Kvale & Brinkmann (2009) är det en svår balansgång mellan att välja för få respektive för många respondenter i en kvalitativ undersökning. Förhoppningen var att med dessa respondenter uppnå en mättnad. Polit och Beck (2010) menar att mättnad innebär att ingen ny information framkommer trots ytterligare intervjuer med nya respondenter. Via chefssjuksköterskan på respektive avdelning tillfrågades sjuksköterskorna om deltagande i studien och de första två anmälda valdes. Inga exklusionskriterier fanns gällande respondenternas kön, ålder eller arbetslängd på avdelningen.

5.3 Datainsamlingsmetod och genomförande

Metodansatsen som använts i denna studie är en kvalitativ undersökning med semistrukturerade intervjuer som sedan mynnade ut i en innehållsanalys. Enligt Polit och Beck (2010) ger en kvalitativ studie en större förståelse för hur respondenten upplever ett visst fenomen och att det har visat att kvantitativa metoder inte alltid på ett adekvat sätt lyckats fånga nyansen relaterat till individens upplevelse.

Anledningen till valet av semistrukturerade intervjuer (se bilaga) var för att begränsa respondenten till det aktuella ämnet, utan att styra samtalet för mycket. Polit och Beck (2010) förklarar att semistrukturerade intervjuer används ofta när intervjuaren har förbestämda samtalsämnen som följs via en intervjuguide så att alla områden vidrörs.

Intervjuerna utfördes i ett avskilt rum på varje respondents respektive arbetsplats, då Trost (2010) lyfter fram vikten av en trygg, ostörd miljö för den som ska intervjuas. Muntlig samt skriftlig information om syftet med studien, bandning av intervjun och

informerat samtycke delgavs respondentent. Detta anser Kvale och Brinkmann (2009) är sådant som bör tas upp innan påbörjad intervju.

Intervjuerna var beräknade till cirka 15 minuter dock varierade intervjutiden mellan 9 till 16 minuter. Kvale och Brinkmann (2009) bedömer att korta intervjuer kan ge tillräckligt användbar och meningsfull data om intervjuaren vet hur, vad och varför de valda frågorna ställs till respondentent.

Den första intervjun som genomfördes var en testintervju, för att se om frågorna var tydliga och relevanta samt för att kunna utvärdera strukturen av intervjun i sin helhet. Efter intervjun ansågs materialet tillräckligt givande för att inkludera testintervjun i studien.

5.4 Dataanalys

Meningen med dataanalys anser Polit och Beck (2010) vara att organisera och strukturera insamlat material. Intervjuerna transkriberades och därefter gjordes en innehållsanalys av det manifesta skrivna materialet. En innehållsanalys menar Kvale och Brinkmann (2009), används för att nå en kvalitativ beskrivning av innehållet i kommunikationen mellan intervjuaren och respondentent.

Det transkriberade materialet i den innevarande studien, bröst ner till 94 meningsbärande enheter som därefter bildade lika många koder. Dessa koder bildade sex kategorier som återspeglade budskapen som framkommit under intervjuerna. Två av kategorierna innehöll dessutom två underrubriker vardera. Kategorierna kommer att i resultatet presenteras en och en med tillhörande citat för att styrka det manifesta innehållet. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är anledningen till valet av en manifest innehållsanalys att belysa det uppenbara i respondenternas svar, för att undvika subjektiv analys av rådata. Exempel på hur innehållsanalysen gick till, se figur 1.

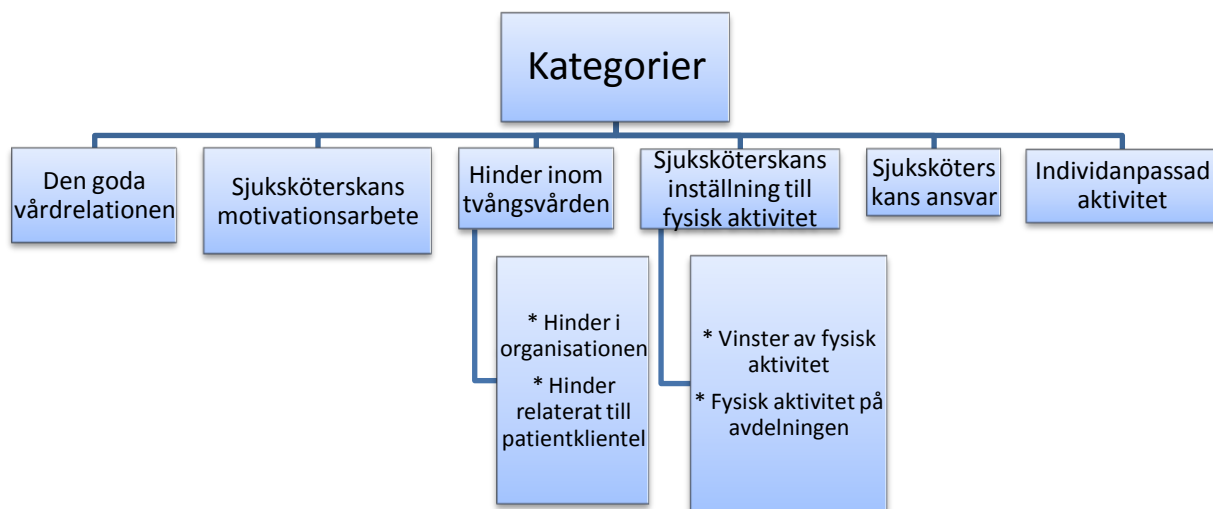
Meningsenhet	Kondensering	Kod	Kategori
”Ja det var inte så mycket mer än att bara svara såå... jag är nöjd... En sak till bara här hos oss är det viktigt att vi ser hela människan, alltså ett holistisk synsätt. På till exempel en ortopedavdelning har de ”Per och Pers ben”, här måste vi se hela Per och inte bara det brutna benet.”	Det krävs ett holistiskt synsätt inom psykiatrin.	Holistiskt synsätt.	Den goda vårdrelationen.
”Ja tvång är ju kört, då har man ju ingen, man försöker ju få en allians liksom... och nä jag vet inte jag har ju en sån här tanke på att man planterar ett litet frö och sen väntar man in liksom sådär och oftast tycker jag man sen kan få med dem.”	Tvång påverkar alliansen negativt, tålmod ger resultat.	Tvång skadar alliansen.	Den goda vårdrelationen.
”Man försöker ju göra det men, det är ju ofta svårt att motivera våra patienter att vara fysisk aktiva.”	Svårt att motivera till fysisk aktivitet.	Svårt att motivera.	Sjuksköterskans Motivationsarbete.

Figur 1. Exempel på innehållsanalys.

6 ETISKA ASPEKTER

Innan påbörjad studie erhöles ett godkännande från verksamhetschefen över de berörda avdelningarna. Skriftlig information angående deltagande och samtycke till studien delgavs respondenten innan varje intervju påbörjats. Polit och Beck (2010) menar att respondenterna måste informeras på ett tillfredställande sätt för att de själva ska kunna avgöra sitt deltagande. Efter delgivandet av information fanns möjlighet för respondenten att avböja sitt deltagande, även efter genomförd intervju. All insamlad data och personuppgifter har behandlats enligt personuppgiftslagen. Samtliga respondenter har garanterats konfidentialitet och inspelat material raderats efter transkribering.

7 RESULTAT



Figur 2. Kategorier.

7.1 Den goda vårdrelationen

Samtliga sjuksköterskor beskrev hur utförandet av fysisk aktivitet kan hjälpa till att skapa en god relation mellan patient och vårdare. Fysisk aktivitet blev för sjuksköterskorna ett tillfälle att på ett avdramatiserat sätt skapa kontakt med patienterna. När patienten utför fysisk aktivitet, menar respondenterna att patienten får en distans till sitt sjukdomstillstånd och blir mer mottaglig för information från vårdarnas sida. En av respondenterna uttryckte sig på följande sätt:

"... vi ser att den största vinningen av fysisk aktivitet, det är alliansbyggandet med patienten och att inleda en speciell kontakt." (Intervju 4)

För att kunna skapa en god vårdrelation, menade tre av respondenterna att tvång i största möjliga mån bör undvikas eftersom det hade en negativ inverkan, både genom förstärkt sjukdomssymtom och försämrad vårdrelation. Denna negativa inverkan av tvång beskrev en av respondenterna som:

”...och när man tvingar får man ingen bra vårdallians med patienten och då försöker man med motiverande arbete men det är inte alltid man kommer så långt liksom. Så det är jättesvårt”. (Intervju 3)

För att uppnå gott samarbete är det viktigt, berättade en av respondenterna att tvång utesluts och att patienten måste få tid att förändras i sin egen takt. Respondenten menar att det handlar om att skapa ett gott samarbete mellan patient och vårdare så tillit kan uppstå.

”Ja tvång är ju kört, då har man ju ingen, man försöker ju få en allians liksom...och nä jag vet inte jag har ju en sån här tanke på att man planterar ett litet frö och sen väntar man in liksom sådär och oftast tycker jag man sen kan få med dem.”(Intervju 5)

7.2 Sjuksköterskans motivationsarbete

Alla sjuksköterskor i studien beskrev arbetet med motiveringen av patienternas utförande av fysiska aktivitet. Respondenterna upplever motivationsarbetet som viktigt och betydande för att arbetet med fysisk aktivitet ska fungera. Samtliga sjuksköterskor uttryckte att de saknar redskap och tillfredsställande medel för att på bästa sätt kunna uppmuntra patienterna till fysisk aktivitet. En av respondenterna förklarade hur små förändringar i patientens dagliga liv på lång sikt kunde motivera patienten till att förändra dennes livsstil och ta egna initiativ till sundare vanor:

”En patient som faktiskt har gått ner väldigt mycket, över 20kg, som vi hade ett långt motivationsarbete med där höll vi på under en lång tid och försökte motivera, vi gjorde små små förändringar som att byta ut sex sockerbitar i kaffet mot fyra, sen vart den från fyra till tre och så vidare. Även kvällsmackor och så liksom, alltså små små grejer. Istället för att dricka, jag tror att han drack jag vet inte hur mycket läsk det var, säkert ett tiotal små burkar ni vet per dag. Så minskade vi ner sockret och sen började han liksom på eget initiativ att äta mycket sundare och så.” (Intervju 3)

Hur man som sjuksköterska framför idéer om förändring är avgörande för resultaten menade en av sjuksköterskorna. Det handlade med andra ord om att motivera på rätt sätt för att uppnå en god förändring:

”... det får inte vara för klämkäckt och det får liksom inte vara som om det är det enda, alltså det är man ju själv lite allergisk för om nån presenterar någonting för mig -Det här är det bästa som har hänt. Då blir ju även jag lite, då blir jag ju lite liksom; nu måste jag göra tvärtom.” (Intervju 5)

Fyra av respondenterna nämnde att det är svårt att motivera patienterna till fysisk aktivitet. En person som vårdas under tvång saknar ofta fria möjligheter till egna val och beslut. Det kan därför vara svårt att motivera på grund av att denne känner en viss likgiltighet inför förbättrande av livssituationen. Livssituationen på tvångsavdelningen upplevs av patienterna redan som värsta tänkbara, straffet kan inte bli värre än den rådande frihetsberövningen. En respondent citerade under intervjun en patient som motsätter sig fysisk aktivitet på avdelningen. Respondenten beskrev hur patienter på avdelningen ofta känner att det enda beslut de kan påverka och styra över, är deltagandet i olika aktiviteter.

”- Ja men vaddå, jag har ju liksom ej ut, varför ska jag då tvingas till detta, jag kan ju inte bli mer straffad ändå...och så väljer han att inte vara med och så resonerar många patienter här.” (Intervju 3)

7.3 Hinder inom tvångsvården

Samtliga respondenter beskrev under intervjuerna, problematiken kring att upprätthålla en tillfredställande nivå av fysisk aktivitet på respektive avdelning. Var och en belyste olika hinder som förekommer vid arbetet med fysisk aktivitet för patienterna. För att redovisa dessa hinder så lättförståeligt som möjligt, delades kategorin in i två underkategorier.

7.3.1 Hinder i organisationen

Respondenterna talade om olika typer av hinder i organisationen som en bidragande orsak till otillräcklig fysisk aktivitet. Det framkom ur intervjuerna att det saknas rutiner och riktlinjer för hur den fysiska aktiviteten bör integreras i vardagen på avdelningarna. Vidare nämnde fyra av sjuksköterskorna resursbrist på arbetsplatsen som ett av hindren i organisationen, en av dem uttryckte sig enligt följande:

”... sen så finns det ju inte möjlighet att åka iväg varje dag och så därför det finns ju inte de resurserna... man kan ju alltid önska mer men jag tycker ändå att vi ligger under en viss lägsta nivå...”(Intervju 6)

Ytterligare ett hinder inom organisationen är rutiner gällande dokumentation av fysisk aktivitet för patienterna. Eftersom dokumentation saknas är det svårt för sjuksköterskorna att följa patientens fysiska hälsostatus och eventuella förändringar. Fem av sex respondenter klargjorde att de inte dokumenterar någonting gällande patienternas nivå av fysisk aktivitet i anamnesen vid inskrivning.

”Nej det finns inte någonting sånt, det finns ju sökord i Take Care för fysisk aktivitet men det använder sjukgymnasten mest...”(Intervju 3)

”... asså man ser ju hur patienterna ser ut... hur dennes fysiska tillstånd är... och ofta så glider det ju in under andra sökord och då har man ju på något sätt fått svaren utan att behöva fråga...” (Intervju 4)

7.3.2 Hinder relaterat till patientklientel

Fyra av sex respondenter menade på att hinder kan uppstå på grund av avdelningarnas komplicerade patientklientel. De flesta patienterna, påpekade en av sjuksköterskorna, prioriterar inte ett hälsosamt liv. Patienternas tidigare livsstilar och vanor kan vara ett hinder i deras inställning till fysisk aktivitet på avdelningen. Detta kan ofta relateras till patienternas svåra och komplicerade sjukdomstillstånd men även det missbruk som flera av dem lever i.

”... De har dubbeldiagnoser nästan allihopa, de är dömda och de har missbruk. Och då prioriterar man ju inte ett hälsosamt levande, man röker mycket, man dricker mycket och man knarkar mycket, sova på fel tider...nej men alltså ofta är det ju inte prioriterat med att träna tre dagar i veckan och så.” (Intervju 5)

7.4 Sjuksköterskans inställning till fysisk aktivitet

Under intervjuerna beskrevs sjuksköterskornas egna erfarenheter gällande fysisk aktivitet i vården av psykiskt sjuka patienter. Denna kategori delades in i två underkategorier för att belysa sjuksköterskornas erfarenheter på bästa sätt.

Under intervjuerna vidrördes även sjuksköterskornas generella syn på fysisk aktivitet. Deras motionsvanor, vikten av fysisk aktivitet för deras egen hälsa och innebörden av fysisk aktivitet för varje enskild respondent framkom under intervjuerna. Samtliga respondenter hade en positiv inställning till fysisk aktivitet och dess effekter för hälsan, två av respondenterna uttryckte sig:

”Hur jag ser på det?...att det är viktigt...utan det blir man tjock...det är så jag ser på det...och det är väldigt roligt med fysisk aktivitet...” (Intervju 4)

”Ja... fysisk aktivitet är väldigt viktigt, alltså för all typ av hälsa är det viktigt. Ja... hm så ser jag på fysisk aktivitet i alla fall. Det är ju någonting som jag tycker borde vara självklart. För mig är fysisk aktivitet jätte viktigt!” (Intervju 1).

7.4.1 Vinster av fysisk aktivitet

Fyra av respondenterna berörde de vinster fysisk aktivitet medför patienterna. Dessa var fysiologiska vinster så som reduktion av symtom, minskad vidbehovs medicinering och konditionsförbättring. Fysisk aktivitet ansågs också ge utlopp för överskottsenergi och göra patienterna lugnare. Exempel på detta beskrev två av respondenterna på följande sätt:

”Ja, jag tror att det skulle ges mindre vid behovs medicin mot ångest, öh mindre för sömnen, öh aa det är det medicinska jag kan komma på. Kanske smärta också förresten för vi ger en hel del Alvedon, mm...” (Intervju 5)

”Alltså det är ju ofta ett sätt att få utlopp för, tror jag i alla fall, för vad ska man säga, dels överskottsenergi. alltså de som tränar, ofta så blir man ju trött efter det och också lugnare liksom. öh de som är mycket stillasittande kan alltså, ja man bygger ju upp energi och man kan ju bygga upp oro också som man kan se, ja då blir det ju andra sätt att få utlopp för saker.” (Intervju 6)

Utöver de fysiologiska vinsterna för patienterna fanns det även andra vinster med fysisk aktivitet. Dessa beskrevs som vinster som förenklade framtida utskrivning och integrering i samhället så som social träning och att fungera i grupp. Träningstillfällena skapade möjligheter för patienterna att umgås och utveckla sociala relationer till

varandra. Vidare fanns möjligheten för patienten att under träningen koncentrera sig på en viss uppgift och därmed fokusera på något annat än dennes sjukdomstillstånd.

”..dels också om det är sån här gruppträning, att de då lär sig...lär känna de andra patienterna, lär sig fungera i en grupp, hur det funkar liksom...att fungera rent socialt...vad som är okej, vad som inte är det, sådana här sociala normer och så, ingår ju automatiskt där också...”(Intervju 2)

7.4.2 Fysisk aktivitet på avdelningen

Underkategorin fysisk aktivitet på avdelningen innehåller de delar av materialet som omnämnde sjuksköterskans berättelser om hur fysisk aktivitet används på avdelningen, hur detta fungerar och resultatet av arbetssätten. Dessutom inkluderas under denna kategori sjuksköterskans tankar om hur det borde se ut, vad som skulle vara optimalt. Samtliga respondenter menade att fysisk aktivitet har goda effekter som kompletterande behandlingsmetod för psykiskt sjuka patienter.

” ...öh och det skulle vara ett bra komplement för många speciellt här eftersom det är mycket stillasittande...”(Intervju 6)

Endast två av sex respondenter ansåg att den fysiska aktivitetsnivån på avdelningarna är tillräcklig. På frågan om respondenterna känner sig tillfredsställd eller skulle vilja förändra någonting på avdelningen svarade en av dem:

”Nej, vi har nästan för mycket ibland. Tycker jag, fast det är ju mest för oss personalen som inte hinner med riktigt. Men just eftersom vi har det här systemet med grupper och så, så kan man ju göra vad som helst. I somras hade vi en fiskegrupp, så jag är nöjd med det...”(Intervju 1)

7.5 Sjuksköterskans ansvar

Kategorin sjuksköterskans ansvar anger vilken ansvarsroll sjuksköterskan upplever sig besitta och hur ansvarsfördelningen ser ut på avdelningen. Det rörde delade meningar bland de tillfrågade sjuksköterskorna om vem som bar huvudansvaret för patientens fysiska hälsostatus. En av sjuksköterskorna var av åsikten att det största ansvaret ligger på kontaktpersonen när det kommer till att motivera patienterna till att vara fysiskt aktiva.

Däremot redogjorde en annan respondent för det delade ansvaret som råder på dennes avdelning gällande fysisk aktivitet. Respondenten menade att ansvaret delades mellan sjukgymnasten, skötarna och sjuksköterskorna:

”... men nu har vi ju sjukgymnasten som håller i det... och vi tillsammans med mentalskötarna hjälps ju åt att motivera och även hålla i grupperna tillsammans med den här sjukgymnasten... vilket är bra... för vi delar ju då upp ansvaret och hjälps åt... och så tar vi upp allt på ronderna också och så...” (Intervju 2)

7.6 Individanpassad aktivitet

Fyra av sex sjuksköterskor menade att det är viktigt att individanpassa den fysiska aktiviteten på avdelningarna för att kunna uppnå bästa resultat och för att på ett enklare sätt kunna motivera. Det är viktigt att varje patientens preferenser tillgodoses och att traditionella sätt att motionera ses över och moderniseras då avdelningarnas åldersspann är brett. Respondenterna beskrev vikten av att se varje individ och utgå ifrån denna vid anpassandet av de olika aktiviteterna. Att personalen hjälper patienten till att våga prova olika typer av fysisk aktivitet är viktigt för att hitta någon träningsform som passar just denna patient. Exempel på hur en av respondenterna upplevde individanpassningen på avdelningen löd enligt följande:

”... Vi har varit tvungna att flytta in i 2011... som vi köpte ett Nintendo Wii för ett par år sedan... eeh... och det har varit nyckeln till framgång för de patienter som är... eeh under pensionsåldern... nej men de patienter som är lite mindre... kanske typ 20-25års åldern... då är dataspel en bra infalls... inkörssport.” (Intervju 4)

”Eftersom vi jobbar med individuell vårdplan och alla patienter har ett eget behandlingsteam... så ingår ju redan där alla från individanpassad... vi ställer omvårdnadsdiagnoser... där vi försöker komma på... vi använder mycket riskdiagnoser, t.ex. risk för övervikt t.ex. är ju en ganska standard så... och då måste vi ju hitta saker... t.ex. patienten älskar att äta onyttig mat, vi kan inte säga du får inte äta onyttig mat, men vi kan då promenera till det stället där man köper den onyttiga maten... eeh eller så kan vi försöka hitta andra saker...” (Intervju 4)

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

8.1.1 Design

Studiens design, en empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats, valdes för att på ett adekvat sätt uppnå syftet med studien. Efter genomgång av tidigare studier och litteratur kring det valda ämnesområdet ansåg författarna att området var belyst gällande den fysiska aktivitetens effekter på psykisk ohälsa men att det saknades kunskap om sjuksköterskors erfarenheter av användandet av fysisk aktivitet inom psykiatri. På grund av detta valde författarna att genomföra en empirisk studie.

8.1.2 Urval

Totalt intervjuades sex sjuksköterskor och dessa respondenter valdes ut genom bekvämlighetsurval, det vill säga att de första som anmälde sig frivilligt till deltagande av studien var också de som sedan intervjuades. Polit och Beck (2010) anser att användandet av bekvämlighetsurval av deltagare i en studie inte nödvändigtvis behöver ge det mest informationsrika materialet som författarna söker. I relation till den innevarande studiens begränsningar gällande tid ansågs det dock av författarna ändå som den mest lämpliga urvalsmetoden. Kvale och Brinkmann (2009) menar att om för få respondenter inkluderas i en studie kan det vara svårt att dra allmänna slutsatser av materialet, om däremot för många respondenter används finns det en risk att analysen av materialet inte blir tillräckligt ingående. De sex respondenterna upplevde författarna gav tillräckligt med material för att kunna besvara syftet.

8.1.3 Datainsamlingsmetod

Författarna valde att i studien använda sig av semistrukturerade intervjufrågor, detta för att begränsa intervjun till det valda ämnesområdet utan att styra respondentens möjlighet till att svara fritt på frågorna. Polit och Beck (2010) förklarar att semistrukturerade intervjuer ofta används då intervjuarna önskar vidröra specifika områden vilket också författarna till den innevarande studien gjorde. De förbestämda frågorna som var avsedda att hålla intervjun inom de önskade ämnesområdena, krävde vid flertalet tillfällen följdfrågor, för att nå essensen av vad respondenten menade. Dessa följdfrågor upplevde författarna i efterhand som mer strukturerade än semistrukturerade, i vissa fall som direkt ledande. Kvale och Brinkmann (2009) menar

dock att ledande frågors inverkan på intervjukvaliteten avgörs av respondentens svar på den ledande frågan och därför inte behöver påverka trovärdigheten i resultatet negativt.

Att genomföra en testintervju var för författarna till studien ett väl valt sätt för att ha möjlighet att utvärdera upplägget av intervjun. Med hjälp av testintervjun ville författarna få svar på; Var intervjutiden väl anpassad? Var frågorna bra och begripliga för respondenten? Var respondentens svar användbart till valt syfte? Enligt Lantz (2007) ger en testintervju författarna en chans till att granska intervjutekniken och upplägget av intervjun i sin helhet. Testintervjun resulterade i tolv minuter inspelat material, den annonserade intervjulängden på mellan tio till femton minuter ansågs därmed vara rimlig.

Trost (2010) förklarar svårigheterna med att ställa raka och enkla frågor, men att detta går att träna och förbereda inför intervjustart. Därför, för att säkert veta att alla frågor var lätta att förstå var respondenten till testintervjun ombedd att meddela om någon fråga var oklar. Polit och Beck (2010) anser att detta är en av fördelarna med en kvalitativ intervjustudie, att respondenten har möjlighet att ställa frågor om någonting upplevs oklart. Testintervjun innebar en omformulering av en fråga, redan under den pågående testintervjun. Författarna upplevde via respondentens svar att resterande frågor var begripliga och att innehållet i intervjun var användbart för att svara till studiens syfte. Ovannämnda faktorer var också motivet till att testintervjun inkluderades i studien.

Trost (2010) anser att val av plats för intervjun är viktig, en trygg miljö för respondenten kan vara till gagn för hela intervjusituationen. Eftersom alla intervjuer i den aktuella studien genomfördes på respondenternas arbetsplats antog författarna att detta var en trygg miljö för varje enskild respondent vilket också respondenterna uttryckte under intervjuerna. Thomsson (2002) menar att en avskild och ostörd plats också är att föredra för en god intervjumiljö. Intervjuplatsen var däremot ingenting som författarna kunde avgöra eftersom varje avdelning erhåller olika möjligheter till lokaler att genomföra intervjuerna i. Författarna ansåg dock att varje intervjuplats var tillfredställande gällande både avskildhet och ostördhet.

8.1.4 Dataanalys

Att analysera kvalitativ data kan vara svårt av tre olika anledningar; det finns inga generella regler för hur dataanalysen ska gå till, det krävs mycket arbete med analysen och den sista svårigheten är att begränsa materialet efter ändamål och syfte.

Svårigheten med att det inte finns några generella regler för hur en dataanalys av kvalitativdata bör gå till är att pålitligheten av studien kan vara svår att uppvisa (Polit & Beck, 2010). Författarna valde att analysera materialet med hjälp Kvale och Brinkemanns (2009) beskrivning av tillvägagångssättet vid en innehållsanalys. Nackdelen med att ha valt en manifest innehållsanalys tillskillnad från en latent innehållsanalys var att tolkningsmöjligheterna begränsas. Detta betyder att nyanserna av det som respondenten säger kan försvinna vid en manifest innehållsanalys. En manifest innehållsanalys valdes för att tiden var begränsad samt att analysen av materialet blivit alltför avancerad för författarnas kunskapsnivå.

Thomsson (2002) menar att innan en studie påbörjats finns ofta hos författarna en förförståelse inom valt ämnesområde. Förförståelsen framställs av författarna genom tidigare egna erfarenheter och upplevelser. Författarna till den aktuella studien utvecklade sin förförståelse under den verksamhetsförlagda utbildningen inom psykiatri. Erfarenheter och förförståelse kring ämnet riskerade att följa författarna under arbetet med studien, detta ledde till djupare diskussioner för att undvika att förförståelsen påverkade resultatet.

För att kunna bevisa en kvalitativ studies trovärdighet krävs det att författarna är sanningsenliga till materialet, det vill säga inte övertolkar, utan verkligen tar ut essensen av det som sägs. Det är även viktigt att författare till en kvalitativ studie förhåller sig objektiva vid analysen och inte präglas av förförståelsen (Polit & Beck, 2010). Författarna till den aktuella studien ansåg att de ovannämnda kriterierna för att bevisa trovärdigheten är uppfyllda.

8.2 Resultatdiskussion

8.2.1 Den goda vårdrelationen

Samtliga respondenter i studien talade om fysisk aktivitet som en god möjlighet till alliansbyggande mellan patient och vårdpersonal. Vidare beskrevs hur träningstillfällena var gynnsamma för att utjämna de befintliga maktpositionerna. Det

gav därför en möjlighet för vårdaren att skapa en god kontakt till patienten. I den valda teoretiska referensramen omnämndes Virginia Hendersons allmänna riktlinjer för omvårdnaden. En av punkterna innefattade hur relationen mellan patient och sjuksköterska bör skapas på ett så naturligt och konstruktivt sätt som möjligt. I en studie av Faulkner och Biddle (2002) framkommer av interventionerna att fysisk aktivitet är fördelaktigt, i synnerlighet för att förbättra vårdrelationen inom psykiatrin.

I resultatet framkom det, att tvinga en patient till fysisk aktivitet var negativt för relationen mellan patient och vårdare. Fysisk aktivitet under tvång skapade mer ångest hos patienten än vad det gav positiva effekter. För att uppnå önskad vårdrelation krävdes ett fungerande samarbete mellan vårdare och patient, tvång bidrog inte till att styrka samarbetet utan gav snarare upphov till förstärkta maktpositioner. Att tvång är negativt för en god vårdrelation beskriver även Carless och Douglas (2008). En av respondenterna i deras studie menar att effekten av påtvingad fysisk aktivitet leder till att patienterna drar sig undan eftersom patienterna känner sig pressade.

8.2.2 Sjuksköterskans motivationsarbete

Vid motivering av fysisk aktivitet framkom det att vårdarens sätt att motivera var en av de viktigaste komponenterna för god följsamhet samt ett så lyckat resultat som möjligt. En motivationsstrategi innehållande medmänsklighet och respektfullhet ansågs vara det bästa sättet att skapa förändringar i patientens livsstilsval. En sådan strategi som visat sig gett gott resultat är att långsamt och försiktigt hjälpa patienten till hälsosammare val i dennes vardag. Carless och Douglas (2008) uttrycker att en vänlig och försiktig framtoning vid implementering av fysisk aktivitet, också är det som är effektivast. Även Richardson et al. (2005) anser att det är viktigt att skapa förändringar i små steg genom att sätta upp rimliga mål så att patienten själv kan följa resultaten. I analysen av den innevarande studien gavs ett exempel på hur sjuksköterskan motiverar på liknande sätt som Richardson et al. beskriver. Denna sjuksköterska skildrade ett scenario där personalen motiverat patienten genom små, långsamma förändringar så att patienten själv börjat ta initiativ till sundare vanor.

8.2.3 Hinder inom tvångsvården

Sjuksköterskans arbete med fysisk aktivitet innebar, enligt respondenterna, vissa hinder som kunde relateras till tvångsvården. Resursbrist, bristfällig dokumentation och uteblivna riktlinjer var några av de nämnda faktorer som försvårade arbetet.

Hutchinson, Skrinar och Cross (1999) menar att direktiv, strategier och tydliga riktlinjer för hur arbetet med att främja fysisk aktivitet ofta är bristfällig för personal som arbetar med vård av patienter med psykisk ohälsa. Ett av hindren som framkom i den aktuella studiens resultat, relaterades till verksamheternas brister gällande tillgänglighet av lokaler att utföra aktiviteterna i. Avdelningarna saknade tillfredställande träningsfaciliteter så som rastgårdar, arbetsterapi och motionsutrustning, något som är avgörande inom tvångsvården då rörelsefriheten för patienterna är begränsade.

Ytterligare ett hinder som uppmärksammades i resultatet är hinder relaterat till patientklientelet. Respondenterna klargjorde hur de komplicerade diagnoserna i många fall medförde ohälsosamma vanor, exempelvis rökning, dålig kosthållning och lågt fokus på fysisk aktivitet. Respondenterna upplevde det som invecklat att försöka förändra ohälsosamma vanor som präglar stora delar av patienternas liv. Bonsaksen (2011) redogör för hur patienter med ångest och depressionssyndrom upplever symtomen som direkt hämmande för att kunna utföra fysisk aktivitet. Detta upplevs av Bonsaksen som en paradox då fysisk aktivitet har visat sig ha störst reducerande effekt på symtomen vid just dessa diagnoser. McDevitt et al. (2006) beskriver även de barriärerna till utförandet av fysisk aktivitet. Bristande initiativförmåga, tung medicinerings, orkeslöshet, ambivalens och övervikt är några av effekterna av den psykiska sjukdomen som hindrar patienten. Enligt Henderson (1991) är en av sjuksköterskans största uppgifter att ge patienten verktyg till att kunna uppnå god hälsostatus då sjukdom hindrar patienten att klara av det på egen hand.

8.2.4 Sjuksköterskans inställning

Att den generella synen på fysisk aktivitet är mycket positiv bland sjuksköterskor i allmänhet lyfts fram av Sameby et al. (2008) samt av Faulkner och Biddle (2002). Likaså i den innevarande studien kom det fram att samtliga respondenter ansåg att fysisk aktivitet var viktigt och självklart för såväl fysiskt som psykiskt välmående. Det framkom även att vinsterna av fysisk aktivitet för patienter med psykisk ohälsa är många, främst fysiska och sociala vinster omnämns. Effekter som ångestdämpning, förbättrad sömn, sänkt smärtmedicinering och konditionsförbättring framlades av respondenterna. Enligt Glise, Lindegård- Andersson och Jonsdottir (2011) finns betydelsefull evidens för att fysisk aktivitet inte bara mildrar ångest utan även har god inverkan på depression och stressnivå. Därför anses det att fysisk aktivitet ska ingå som kompletterande behandlingsmetod vid psykisk ohälsa. Också Crone och Guy (2008)

bedömer fysisk aktivitet som ett gott komplement i behandlingen. Richardson et al.(2005) redogör för hur fysisk aktivitet reducerar den sociala isoleringen som många patienter med psykisk ohälsa lider av. Det framkom också i resultatet av den innevarande studien att fysisk aktivitet även har goda effekter rörande sådant som förenklar framtida utskrivning genom att förbereda patienterna socialt. Genom gruppaktiviteter tränades socialt samspel och normer. Det var också ett tillfälle till okomplicerat umgänge, för patienter emellan och mellan vårdare och patient.

8.2.5 Sjuksköterskans ansvar

Henderson (1991) betonar sjuksköterskans direkta ansvar att hjälpa patienten till att verkställa handlingar som är nödvändiga för att främja hälsan. Under intervjuerna i den innevarande studien framkommer ovisshet kring vem som bär huvudansvaret för arbetet med fysisk aktivitet. Då sjuksköterskorna upplever att riktlinjer för fysisk aktivitet saknas på avdelningarna kan detta relateras till den ovisshet som råder gällande ansvarsfördelningen. Crone och Guy (2008) poängterar att det är viktigt för sjuksköterskor och annan vårdpersonal att veta sin ansvarsroll. Om sjuksköterskan är medveten om vem som innehar huvudansvaret underlättar detta hela processen kring arbetet med den fysiska aktiviteten på avdelningen. Även Sameby et al.(2008) tydliggör betydelsen av sjuksköterskans ansvarsroll när det kommer till att förbättra det fysiska hälsotillståndet hos berörda patienter.

8.2.6 Individanpassad aktivitet

Under dataanalysen framkom vikten av att individanpassa den fysiska aktiviteten för god följsamhet och för bästa resultat. På de undersökta avdelningarna finns, precis som inom alla vårdinstanser, både män och kvinnor ur olika åldersgrupper och med skilda kulturella bakgrunder. Med andra ord är alla enskilda individer med olika behov och intressen. Att individanpassa den fysiska aktiviteten beskrevs som en viktig del i den individuella vårdplan som varje patienten bör ha rätt till. Henderson anser att eftersom alla patienter har olika kulturella och sociala bakgrunder bör omvårdnaden av patienter anpassas utifrån varje patients förmåga till att utföra sina grundläggande behov. Fokus bör därför läggas på att vården individanpassas (Kirkevold, 2000). Den fysiska aktiviteten måste skräddarsys för patienter med allvarlig psykisk ohälsa. Detta för att lyckas överkomma de barriärer som hindrar dessa patienter från att utföra fysisk aktivitet (Ussher, Stanbury, Cheeseman & Faulkner, 2007). Bonsaksen (2011) belyser betydelsen av att skapa interventioner så att varje patients preferenser gällande val av

fysisk aktivitet och vad denne har för förmåga, både fysiskt och socialt, att utföra aktiviteten tas hänsyn till. I studien framkom innebörden av att anpassa aktiviteterna efter ålder då det visats sig att de äldre patienterna hade ett högre deltagande än de yngre. Ett förslag som uppkom vid en av intervjuerna i den innevarande studien, beträffande att nå alla åldersgrupper, var att modernisera avdelningens möjligheter till fysisk aktivitet.

8.3 Slutsatser

Sjuksköterskor, yrkesverksamma inom psykiatrisk tvångsvård har positiva erfarenheter av fysisk aktivitet och ser det som ett gott komplement till den traditionella behandlingen av psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna rapporterar att fysisk aktivitet har påvisat en rad goda effekter för dessa patienter, fysiologiska såväl som psykologiska. Fysisk aktivitet anses skapa tillfällen för förbättrandet av vårdrelationen och social träning som är nödvändigt vid framtida utskrivning. Dock anses patientklientelet samt bristande resurser och riktlinjer i organisationen försvåra motivationsarbetet och gränsen mellan uppmuntran och tvång blir hårfin. Individanpassade aktiviteter är därför avgörande för både följsamhet och resultat. Sjuksköterskorna uttryckte att de saknar tillfredsställande medel för att nå fram till patienterna och på grund av detta läggs istället ett betydande ansvar på den enskilda patienten att upprätthålla en god fysiologisk hälsostatus.

8.4 Klinisk betydelse

Förhoppningen med denna studie är att den ska bidra till en ökad förståelse för hur sjuksköterskorna inom psykiatrin upplever arbetet med fysisk aktivitet för tvångsvårdade patienter. Att uppmärksamma upplevda svårigheter och brister inom organisationen, tror författarna kan leda till ökad medvetenhet hos beslutsförfattare. Denna medvetenhet kan i sin tur leda till en möjlig utveckling och förbättring av tvångsvården. Idag är den traditionella behandlingen främst farmakologisk och medicineringen innebär en rad olika biverkningar och risker för patienterna. Författarna vill därför genom denna studie väcka tankar och intresse, hos verksamheten i sin helhet såväl som hos den enskilde vårdgivaren, om fysisk aktivitet som en alternativ behandlingsmetod även inom psykiatrins tvångsvård.

8.5 Förslag på vidare forskning och utveckling

Eftersom den innevarande studien syftat till att belysa sjuksköterskors erfarenheter av fysisk aktivitet, snarare än att beskriva hur den fysiska aktiviteten egentligen ser ut på avdelningarna, anser författarna att vidare forskning fordras. Att utvärdera hur den kliniska verksamheten använder sig av fysisk aktivitet vore en grundläggande del i den vidare forskningen. Ett annat steg i utvecklingen vore att verksamheten utformade rimliga mål och riktlinjer gällande arbetet med fysisk aktivitet för avdelningarna. Varje avdelning kan i sin tur förväntas arbeta utifrån riktlinjerna och med hjälp av dessa skapa individanpassade möjligheter till rörelse.

9 REFERENSER

Bonsaksen, T. (2011). Participation in physical activity among inpatients with severe mental illness: a pilot study. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 18(2), 91-99. Hämtad från database EBSCO with Full Text.

Carless, D. & Douglas, K. (2008). Social support for and through exercise and sports in a sample of men with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing* 29(11), 1179-1199. doi:10.1080/01612840802370640.

Crone, D. & Guy, H. (2008). 'I know it is only exercise, but to me it is something that keeps me going': a qualitative approach to understanding mental health service users' experiences of sports therapy. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 197-207. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. (7., utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Faulkner, G. & Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(6), 659-665. Hämtad från database EBSCO with Full Text.

Faulkner, G. & Carless, D. (2006). Physical activity in the process of psychiatric rehabilitation: theoretical and methodological issues. *PSYCHIATRIC REHABILITATION JOURNAL*, 29(4), 258. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text .

Faulkner, G. & Sparkes A. (1999). Exercise as therapy for Schizophrenia: an ethnographic study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21(1), 52-69. Hämtad från databasen AMED with Full Text.

Fox, K. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3A), 411-418. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Glise, K., Lindegård-Andersson, A. & Jonsdottir, I. (2011), Fysisk aktivitet bra mot stressrelaterade psykisk sjuklighet. *Läkartidningen*, 108(36), 1692-1694. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Hedlund, L., Gunnarsson, L., Jonsdottir, I., Nyberg, L. & Taube, J.(2011), Fysisk aktivitet vid mental ohälsa ges stort värde i nya riktlinjer. *Läkartidningen*, 107(24-25), 1636-1638. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Henderson, V. (1991). Grundprinciper för patientvårdande verksamhet. Solna: Almqvist & Wiksell.

Henriksson, J. & Sundberg, C (2008). *Allmänna effekter av fysisk aktivitet*. I Statens folkhälsoinstitut Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (Red.), *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (2. uppl.) Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Hutchinson, D. S., Skrinar, G. S. & Cross, C. (1999). The role of improved physical fitness in rehabilitation and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 355-359. Hämtad från databasen Academic Search Elite with Full Text.

Kjellman, B., Martinsen, E., Taube, J. & Andersson, E (2008). *Depression*. I Statens folkhälsoinstitut Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (Red.), *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (2. uppl.) Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering* (K. Larsson Wentz, övers.).Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1992).

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lantz, A. (2007). *Intervjumethodik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lassenius, O. (2010). Den sårbara kroppen: fysisk aktivitet och undandragande. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå*. (s.142-157.) (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Levander, S., Adler, H., Gefvert, O. & Tuninger E (2008). *Psykiatri: en orienterande översikt*. (2. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Martinsen, E. & Taube, J. (2008a). *Ångest*. I Statens folkhälsoinstitut Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (Red.). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (2. uppl.) Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Martinsen, E. & Taube, J. (2008b). *Schizofreni*. I Statens Folkhälsoinstitut Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (Red.). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (2. uppl.) Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

McDevitt, 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*, 38(1), 50-55. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Norlén, P., Lindström, E. & Norlén, P. (red.) (2009). *Farmakologi*. (2., [utök. och omarb.] uppl.) Stockholm: Liber.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. (6. ed.) Philadelphia: Lippincott.

Richardson, C., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G., Hutchinson, D. & Piette, J. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Sameby, B., Söderberg, H., Hedström, M. & Waern, M (2008), Health Improving Measures for Patients Suffering from Psychosis: Development of treatment methods

and an intervention program. *Vård I Norden*, 28(4), 29-33. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Simonsen, T., Aarbakke., J. & Hasselström., J. (2002). *Illustrerad farmakologi* 2. Stockholm: Natur och Kultur.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Rekommendationer för fysisk aktivitet*. Hämtad 28 augusti, 2011, från Statens folkhälsoinstitut.

<http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet/Rekommendationer//>

Teychenne, M., Ball, K. & Salmon, J. (2008). Associations between physical activity and depressive symptoms in women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5:(27). Doi: 10.1186/1479-5868-5-27.

Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Trivedi, M., Greer, T., Grannemann, B., Chambliss, H. & Jordan, A. (2006). Exercise as an augmentation strategy for treatment of major depression. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(4), 205-213. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Usher, K., Foster, K. & Park, T. (2006). The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 13(6), 730-734. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V. & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58(3), 405-408. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Vancampfort, D., De Hert, M., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., Raepsaet, J. & Bonsaksen, T. (2011). Physical activity participation, functional exercise capacity and self-esteem in patients with schizophrenia. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 18(4), 222-230. Hämtad från databasen EBSCO with Full Text.

Wikland, M. (2007). *Om fysisk aktivitet*. Centrum för folkhälsa, Folkhälsoguiden. Från;<http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Fysisk%20aktivitet/Om%20fysisk%20aktivitet.pdf>.

World Health Organization. (u.å.). *Mental health: Depression*. Hämtad 5 september, 2011, från World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

BILAGOR



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Informationsbrev inför empirisk intervjustudie

Vi går 5 terminen på sjuksköterskeprogrammet på Röda Korsets högskola och skriver under denna termin vår C-uppsats.

Vi har valt att göra en intervjustudie där vi vill undersöka sjuksköterskors erfarenheter av fysisk aktivitet för patienter med psykisk ohälsa. Intervjun är beräknad till ca: 15 min och kommer att spelas in för kommande transkribering. Materialet kommer sedan att användas som underlag i vår studie (citat kan komma att användas).

Efter avslutad transkribering kommer allt inspelat material raderas och vi garanterar fullständig konfidentialitet. Ni har när som helst rätt att avbryta intervjun eller ångra deltagande efter avslutad intervju.

Jag har tagit del av ovanstående information och godkänner härmed mitt deltagande

Datum och ort

Tack för din medverkan!

Anna Wallgård anwahk09@rkh.se och Emmy Stööph emsthk09@rkh.se



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

**Till verksamhetschefen vid
Psykiatri Stockholm**

Förfrågan angående genomförande av mindre vetenskaplig studie.

Vi, Emmy Stööph och Anna Wallgård är sjuksköterskestudenter och studerar vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete (Kandidatuppsats) inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap i form av en uppsats på 15 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en studie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: ” *SÄTT PSYKIATRIN I RÖRLESE!* - *En intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter av fysisk aktivitet för patienter med psykisk ohälsa.*

Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av intervjuer av 6 sjuksköterskor inom Psykiatri Stockholm. Intervjuerna kommer vara cirka 15min långa och innehålla drygt 10st frågor.

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera personal i berörda verksamheter. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga respondenter inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen. Alla resultat kommer att redovisas så att personer och enheter ej kan identifieras. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter.

Studentens signatur
Namnförtydligande

Studentens signatur
Namnförtydligande

Handledares signatur
Namnförtydligande
Mail-adress

Examinators signatur
Namnförtydligande
Mail-adress

Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel. 08 58751600

Intervjufrågor till sjuksköterskor på psykiatriska avdelningar i Stockholms län
– Intervjustudie om erfarenheter kring fysisk aktivitet för patienter med psykisk ohälsa som vårdas inom tvångsvård.

1. Hur ser du på fysisk aktivitet som alternativ behandlingsmetod för patienterna på din avdelning?
2. Hur tror du att fysisk aktivitet kan påverka patienterna?
 - Positiva effekter?
 - Negativa effekter?
3. Vilket ansvar upplever du att du som sjuksköterska ha när det gäller främjande för patienternas fysiska aktivitet?
 - Klinikens ansvar?
 - Avdelningens ansvar?
4. Finns det rutiner för hur klinikens personal ska ta upp fysisk aktivitet med patienterna?
5. Vid anamnes av nyinskriven patient, tas frågor om fysisk aktivitet upp?
6. Tycker du att möjligheterna till fysisk aktivitet för patienterna är tillfredställande?
7. Upplever du att fysisk aktivitet ingår bland omvårdnadsåtgärderna på avdelningen?
8. Hur skulle du önska att den fysiska aktiviteten för patienterna på avdelningen såg ut?
9. Socialstyrelsen införde nya riktlinjer förra året (2010) gällande fysisk aktivitet som en alternativ och kompletterande behandlingsmetod vid vård av patienter med ångest och depression. Är detta något som avdelningen uppmärksammat?