



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Tittel: Fysisk aktivitet og psykisk helse

Physical activity and mental health

Sofus Skaug Lundberg

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, Innleveringsdato: 25.05.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng:

Veileder: Anne Madeleine Botslangen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 25.05.2022

Antall ord: 7259

Forord

Forklaring til bruk av malen - Noen veiledende punkt, som du sletter før besvarelsen leveres:

- **Ark 1-3 (Forside, Egenerklæring og Publiseringsavtale):** Skjemautfylling med nedtrekksmenyer og felter.
- **Ark 4 (Antall ord):** Innhold på denne siden kan slettes av de som ikke har krav om å fylle inn antall ord. Siden kan også brukes til annet innhold, som man ønsker lagt inn før innholdsfortegnelse.
- **Ark 5-6 (Forord og Sammendrag):** Disse arkene er uten sidenummerering. På arkene med Forord og Sammendrag kan du endre overskriftene. Trenger du flere sider til denne delen, se veiledning for hvordan du får et nytt ark uten sidenummerering – i korte trekk: Sett markøren på slutten av arket foran der du vil ha et nytt ark – Velg fanen **Page Layout** – Åpne nedtrekksmenyen **Breaks** – Velg (section break) **Next Page**
- **Ark 7 (Innholdsfortegnelse):** Tabellen med innhold oppdateres etter du har definert overskrifter i selve besvarelsen. Vedlegg listes opp under tabellen, uten sidetall.

Ark 8 og utover (Besvarelsen): Her starter du å skrive (eller kopiere inn) din besvarelse (Innledning osv).

- Overskrifter (hovedkapittel og underkapittel) defineres enkeltvis med stilene (Heading 1-6), som du finner under fanebladet Home. Alle hovedkapittel settes til Heading 1. Videre er det mest vanlig å bruke et eller to nivå for underkapittel, Heading 2 og 3.
- Hvert hovedkapittel kan gjerne starte på ny side. For å ha kontroll på dette benytter du menyvalg **Insert – Page Break** (som er et vanlig sideskift og noe annet enn inndelingsskiftet Next Page) på siden foran nytt hovedkapittel.
- Overskriftene får automatisk nummerering. Dette er ok helt fram til Referanseliste, hvor du tar bort nummereringen.
- Ark med vedlegg: Disse kan gjerne ha sidenummerering, men de defineres ikke med overskrifter fra stilmenyen (siden de ikke skal ha sidetall i innholdsfortegnelsen).

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven er skrevet i sammenheng med avslutningen i vernepleierstudiet ved Høgskolen i Molde. I besvarelsen er det satt søkelys på å finne litteratur og forskningsartikler som kan bidra til å belyse hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet i miljøterapi, for innlagte pasienter med depresjonsdiagnose. Metoden som er tatt i bruk i besvarelsen, er kvalitativ litteraturstudie. Det blir redegjort for sentrale begrep, og dataene som er innhentet fra litteraturen og forskningsartiklene, blir analysert og drøftet. To av vernepleierens kjerne roller blir inkludert i drøftingen, for å vise hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet i miljøterapi for innlagte pasienter med diagnosen depresjon.

Det kommer fram i besvarelsen at vernepleieren kan anvende fysisk aktivitet som miljøterapi for pasienter med depresjonsdiagnose, ved at man inntar partnerrollen og ansvarsrollen, for å tilrettelegge og veilede pasientene. Vernepleieren har en elementær rolle i miljøarbeidet for at pasienter med depresjonsdiagnose skal kunne anvende fysisk aktivitet som en mestringsmetode.

Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for temaet.....	1
1.2	Historisk perspektiv på fysisk aktivitet.....	1
1.3	Vernepleiefaglig relevans	3
2.0	Metode.....	7
2.1	Litteratursøk/ litteraturstudie	7
2.2	Reliabilitet og validitet	9
3.0	Analyse.....	11
3.1	Miljøterapi.....	11
3.2	Fysisk aktivitet som miljøterapi	12
3.3	Ulike perspektiv på fysisk aktivitet	15
4.0	Drøfting.....	16
4.1	Fysisk aktivitet i miljøterapi	16
5.0	Avslutning.....	21
5.1	Konklusjon.....	22
	Litteraturliste/ referanser.....	23
	Vedlegg 1- Menneskets aktivitetsvaner de siste 150 000 årene	27
	Vedlegg 2- Vernepleierens arbeidsmodell (Vera).....	28

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for temaet

Denne bacheloroppgaven vil ta for seg og undersøke hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet som miljøterapi, for pasienter innlagt på distriktpsykiatriske senter med depresjon. Depresjon er en utbredt diagnose og ett av de mest utbredte psykiske lidelsene i hele verden (Berge 2021). Forekomsten av depressive lidelser er høy, og det anslås at hver femte person vil oppleve depresjon i løpet av livet (Helsedirektoratet 2009). Verdens helseorganisasjon setter depresjon som den fjerde av ti lidelser som medfører størst tap av livskvalitet og levekår (Helsedirektoratet 2009).

Samtidig som at depresjon er en av de ledende årsakene til sykdom i verden slik Berge (2021) argumenterer for, har det vært økt oppmerksomhet på hvordan miljøterapi i form av fysisk aktivitet kan bidra til å dempe psykiske lidelser. Miljøterapi kan virke inn på pasientenes psykiske helse ved at de opplever mestring og «gylne øyeblikk» som kan bidra til positivitet og mestringsfølelse i hverdagen (Løvaas og Johansen 2012). Fysisk aktivitet vil bidra til økt livskvalitet og god helse, samt at det har positiv effekt på den mentale helsen (Nystad 2021). Oppgaven belyser problemstillingen:

«Hvordan kan vernepleieren bruke fysisk aktivitet som miljøterapi for pasienter innlagt på distriktpsykiatriske senter med depresjon?»

Opgavens teoretiske tilnærming er kvalitativ, og den bygger på kvalitativ litteraturstudie.

1.2 Historisk perspektiv på fysisk aktivitet

De første menneskene måtte være i fysisk aktivitet for å overleve (Berntsen og Anderssen 2018). Menneskene før i tiden hadde overlegen kardiorespiratorisk utholdenhet, og selv om de første menneskene ikke løp raskere enn byttedyrene de jaktet på, hadde de svært god utholdenhet og de kunne jakte i flere timer og dager (Berntsen og Anderssen 2018). Mennesket dannet seg etter hvert et mere urbant levesett ved å bosette seg i tettsteder og

byer. Da oppstod det rivalisering mellom grupper, og behovet for å forsvare seg eller evnen til å drive angrepstrening meldte seg (Berntsen og Anderssen 2018).

Menneskene ble etter hvert mere oppmerksom på at fysisk aktivitet medførte bedre fysisk form, noe som bidro til at de for eksempel ble bedre forberedt til krig. Dette skjedde spesielt i Romerriket, Egypt, den tidens Persia og Hellas (Berntsen og Anderssen 2018). På denne måten kom fysisk aktivitet i søkelyset. De store greske filosofene hadde også et syn på fysisk aktivitet som omhandlet relevansen mellom kropp og sjel, og hvordan den fysiske aktiviteten virket inn på helsen (Berntsen og Anderssen 2018).

Etter hvert som periodene endret seg fra de greske filosofenes tid og fram til det 20 århundret, er det kjent at menneskeheten sitt aktivitetsnivå er redusert. Dette grunnet at mennesker samler seg i større grupperinger. Moderne urbanisering der fabrikker og andre typer moderne verktøy bidrar, fører til at det blir mindre fysisk tungt for menneskene å dekke sine essensielle behov (Berntsen og Berntsen 2018). Det er vedlagt en illustrasjon nederst i besvarelsen (vedlegg 1), for å illustrere hvordan Berntsen og Anderssen (2018) betrakter hvordan endringen i menneskets aktivitetsvaner har endret seg de siste 150 000 årene.

I sin *doktorgradsavhandling* argumenterer Solenes (2009) for at på begynnelsen av 1900-tallet, ble fysisk aktivitet et politisk og faglig anliggende. Den fysiske aktiviteten sin rolle i samfunnet ble stadig fremhevet, og det ble argumentert for at å være fysisk aktiv kunne bidra til økt velvære (Solenes 2009). Dette var et tema som ble tatt opp flere ganger. Det ble også argumentert for at den fysiske aktiviteten var nyttig, for å ha en allmennyttig gevinst i form av økt psykisk velvære og fysisk helse (Solens 2009).

I 1922 ble det utført en undersøkelse om fysisk aktivitet ved Kristiania skole.

Undersøkelsen hadde som mål å fremheve hvorfor fysisk aktivitet var elementært for den praktiske og mentale utøvelsen for deltakerne. Selv om høyde og vekt var forskjellig fra deltaker til deltaker, viste undersøkelsen at den fysiske aktiviteten bidro til økt fysisk prestasjon og sterkere psykisk helse (Solenes 2009). Fra 1930-årene og oppover, ble det en økende interesse for hvordan fysisk aktivitet påvirket menneskekroppen. Det ble utført flere ulike undersøkelser som viste hvordan fysisk aktivitet virket inn på både kropp og sinn. Det kommer frem at fysisk aktivitet ble et politisk anliggende for eksempel ved at

AIF (arbeidernes idrettsforbund) ble presset til å dele inn deltakerne etter fysisk alder (Solenes 2009). Solenes (2009) argumenterer for at sosialhygienens sine måletall ble byttet ut med psykologiske og sosiologiske måletall på kroppen, på slutten av 1930 tallet. Dette bidro blant annet til at fysisk aktivitet ble et politisk og faglig anliggende grunnet sin relevans for folkehelsen. Samtidig ble kunnskap om fysisk aktivitet inkludert i de ulike helseprofesjonenes yrkeskompetanse.

Det ble økt fokus på det hygieniske utgangspunktet mellom gutter og jenter knyttet opp mot fysisk aktivitet. Den harmoniske kroppsutviklingen gjennom fysisk aktivitet er ikke kjønnsnøytral, og kjønnsdiskursen fikk innvirkning på hvordan gutter og jenter skulle drive sin fysiske aktivitet (Solenes 2009). Fysisk aktivitet ble også aktuelt på skolen. Selv om det i 1889 var nedfelt i skolelovene at skolene nasjonalt skulle ha undervisning i kroppsøving, var det ikke før i 1936 at alle norske elever hadde undervisning om fysisk aktivitet (Solenes 2009).

1.3 Vernepleiefaglig relevans

Vernepleieren kan ta ulike perspektiv avhengig av hvilke bruker eller pasienter vi utøver bistand til (Brask, Østby og Ødegård 2016). Vernepleieren har kompetanse som helse- og sosialarbeider (Fellesorganisasjonen 2020). Vernepleieryrket spenner seg over flere ulike områder (Brask, Østby og Ødegård 2016). Vernepleiere kan bistå mennesker med blant annet fysiske, sosiale og kognitive funksjonsnedsettelse (Fellesorganisasjonen 2020).

Vernepleierutdanningen kan være allsidig, og dette vil være relevant for hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet for innlagte pasienter med depresjon.

Vernepleieren har ulike roller som vedkommende kan innta (Brask, Østby og Ødegård 2016). Hvordan kan vi bruke kjerne roller for å motivere for fysisk aktivitet for innlagte pasienter med depresjon?

Vernepleierens kjerne roller

Vernepleierens kjerne roller er roller som bygger på yrkesgruppens spesielle historie, praksisfellesskap og målgrupper (Brask, Østby og Ødegård 2016). De antas på lang vei å være gjenkjennbare for vernepleierens utdanning og erfaringsverden (Brask, Østby og

Ødegård 2016). Det er fire kjerneoller i den vernepleiefaglige utøvelsen. Disse kjernerollene er partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen (Brask, Østby og Ødegård 2016). De to mest relevante kjernerollene er inkludert grunnet den relevansen de har for problemstillingen. Disse rollene er sortert under, og er partnerrollen og ansvarsrollen.

Partnerrollen

I partnerrollen finner vi den samhandlende vernepleieren på individnivå. Her tilpasses tilnærmingene, og de justeres i nært samarbeid og dialog med den enkelte tjenestemottaker (Brask, Østby og Ødegård 2016). Partnerrollen omhandler et samarbeid mellom to parter som arbeider mot et felles mål. Her forventer man en form for likeverdighet eller symmetri mellom partene (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Dette betyr at partnerrollen vil være elementær for at en vernepleier skal utøve sitt yrke på en gunstig måte. Å ha rett til selvbestemmelse er noe som er lovfestet. Vi kan dermed si at selvbestemmelse er et grunnleggende element, med tanke på at integriteten og verdigheten til en bruker eller pasient skal bli ivaretatt. Alle mennesker har lovmessig rett til selvbestemmelse, samtidig som det er knyttet utfordringer til å realisere dette hos mennesker med nedsatt funksjonsevne (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Brask, Østby og Ødegård (2016) argumenterer for at i partnerrollen handler det om å spille hverandre gode, samt å tilrettelegge for best mulig fungeringsevne i det daglige. Dersom man skal trekke inn miljøterapi med fysisk aktivitet for pasienter innlagt på distriktpsykiatriske senter med diagnosen depresjon, vil det være elementært å forsøke å «spille den andre god» (Brask, Østby og Ødegård 2016). Dette for å motivere for fysisk aktivitet. Det kan medføre bedring i depresjonen dersom vi skal gå ut ifra det Nystad (2021) argumenterer om psykisk helse og fysisk aktivitet. Sett fra et historisk perspektiv stemmer dette overens med det Berntsen og Andersen (2018) argumenterer for, ved at fysisk aktivitet virker inn på kropp og sinn. Ett av målene når vernepleieren inntar partnerrollen, er å øke den andres mulighet for å medvirke og dermed oppleve deltakelse og likeverd (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Ansvarsrollen

I noen situasjoner forventer man å møte den handlende vernepleieren på individnivå. Dette omhandler at vernepleieren har mot til å ta selvstendige avgjørelser, og viser handlingsdyktighet (Tollefsen 2004).

Vernepleieren bør ha en reflektert handlingsevne, samtidig som de har et faglig ansvar de til enhver tid må være bevisst på. Vernepleieren som helsepersonell har ansvar for å stå i vanskelige dilemmaer, som kan knyttes til brukerens evne til å se hva som er mest gunstig for vedkommende (Brask, Østby og Ødegård 2016). For eksempel kan dette være om en pasient har en alvorlig depresjon og ikke evner å se hvilke behov han/ hun har. Da kan dilemmaet eksempelvis være om pasienten opplever tiltaksløshet, og ikke klarer å utføre fysisk aktivitet. Det vil være nødvendig at vernepleieren viser handlingsevne i situasjonen, og jobber for å eventuelt kunne finne en løsning på denne problemstillingen. Det vil også være elementært å arbeide aktivt og bevisst ut ifra et faglig ståsted. Dette for å øke pasientens muligheter for mestringsfølelse, og etter hvert dempe depressive symptomer. Eksempler på dette kan være å lage en konkret dags/ukeplan med pasienten, der en kan øke progresjonen med kanskje fem minutter per dag og fokusere på små skritt i riktig retning.

Hvordan kan vernepleieren bruke fysisk aktivitet som miljøterapi for pasienter som er innlagt på distriktpsykiatrisk senter med depresjonsdiagnose? Her vil jeg ta for meg to av vernepleierens kjerneverker, og hvordan vi kan anvende partnerrollen og ansvarsrollen for den nevnte pasientgruppen for å få gunstig miljøterapi ved bruk av fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet og miljøterapi er to sammensatte begrep, noe som medfører at det er valgt å koble disse med DPS (distriktpsykiatrisk senter). Dette begrunnes med at fysisk aktivitet er et element som er kjent for å bedre den psykiske helsen, samt at dette er en anerkjent form for miljøterapi. Fysisk aktivitet vil ha positiv effekt på den psykiske helsen, og dette er en type miljøterapi som ofte anvendes på psykiatriske institusjoner (Ulleberg og Johannessen 2015).

Begrepsavklaring

Vernepleier

En vernepleier er både helse- og sosialarbeider og de har kunnskap innen fag som helsefag, sosialfag, juss, pedagogikk og psykologi (Fellesorganisasjonen 2020). Vernepleierne kan legge til rette for å bistå personer med ulike fysiske, sosiale og kognitive utfordringer (Fellesorganisasjonen 2020). Vernepleieren har en bred kunnskap som spenner seg over flere felt, og man lærer å se situasjoner fra ulike perspektiver ut ifra hvem man skal utøve bistand for (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Depresjon

Depresjon er en tilstand kjennetegnet av senket sinnstemning, redusert energi og nedsatt interesse eller gledesfølelse. Det er ingen skarp grense mellom normal tristhet, sorg og depresjon (Aarre 2018).

«Vi stiller diagnosen når symptomene blir mange, intense eller langvarige, eller når funksjonssvikten blir så uttalt at det er naturlig å tilby behandling» (Aarre 2018: 136).

Depresjon er en av flere stemningslidelser. Aarre (2018) definerer stemningslidelser som langvarige og vesentlige avvik i sinnstemningen. Symptomene på depresjon kan variere fra person til person, og det er flere symptomer man må ta i betraktning når man skal stille denne diagnosen. Symptomer på depresjon kan ofte dreie seg om senket stemningsleie, interesse- eller gledeløshet, lite energi, søvnforstyrrelser og psykomotorisk aktivering. Andre symptomer kan være redusert eller økt appetitt, konsentrasjonsvansker, dårlig selvtillit, pessimisme og selvmordstanker (Aarre 2018).

En person med depresjonsdiagnose kan få flere ulike utfordringer i det daglige (Aarre 2018). For eksempel kan personen ha problemer med å få utført daglige aktiviteter (ADL) noe som kan innvirke på egenomsorgen. Personen kan få problemer med å finne glede i aktiviteter som vedkommende tidligere fikk glede av (Aarre 2018). Personer som har depresjon vil oppleve at diagnosen virker inn på flere av livets områder, og at den derfor kan oppleves som svært invaderende, med betydelig funksjonsfall (Aarre 2018).

Ulike miljøterapeutiske tiltak kan ha stor betydning. Fysisk aktivitet er et av flere miljøterapeutiske tiltak en kan anvende i distriktpspsykiatriske senter, som kan ha betydning for tilfriskningsprosessen hos pasienten med depresjonsdiagnose. I distriktpspsykiatriske senter, kan det være pasienter fra ulike aldersgrupper, med ulik fysisk form og forutsetninger. Som vernepleier kan en miljøterapeutisk oppgave være å motivere for fysisk aktivitet på tvers av aldersgrupper, og med ulikt utgangspunkt. De miljøterapeutiske tiltakene kan tilpasses individuelt og på gruppenivå.

2.0 Metode

Den metodiske tilnærmingen i besvarelsen er kvalitativ. Det betyr at litteratursøk er brukt for å belyse problemstillingen som omhandler hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet som miljøterapi, for pasienter innlagt på distriktpspsykiatriske senter med depresjon.

En metode skal være systematisk utført, noe som kan være av kvalitativ eller kvantitativ art, dette vil avhenge av hvilken type data som skal undersøkes (Dalland 2017). Kvalitativt orienterte metoder vil være når en prøver å fange opp mening og opplevelse med noe som ikke lar seg tallfeste eller måles (Dalland 2020). Dette kan bety at det vil være utdypende og forklarende på en måte som gjør at flere ulike sider av problemstillingen blir belyst.

2.1 Litteratursøk/ litteraturstudie

Litteratursøk er en kvalitativ metode, der den kvalitative tilnærmingen har røtter fra den hermeneutiske tradisjon. Dette handler om å fortolke tekster så kreativt og innsiktsfullt som mulig, samt å være nysgjerrig, fleksibel og åpen for hvilke synsvinkler, motiver og meninger som kommer fram i tekstene (Aadland 2013: 207).

Litteraturen og de ulike forskningsartiklene det er referert til i denne oppgaven, er funnet etter å ha foretatt systematiske databasesøk i Oria. Det er brukt trunkering på enkelte søkeord for å få fram relevante forskningsartikler som kan knyttes til problemstillingen. Det er brukt nettsider som google og forskning.no for å finne andre relevante kilder som er relevante for denne bacheloroppgaven. Under litteratursøket er det brukt ord i søkefeltet

som for eksempel «fysisk aktivitet», «DPS» (distriktpsikiatrisk senter), «depresjon» og «miljøterapi». Bak enkelte av disse ordene er det også brukt trunkering (*) for å få fram flest mulige forskningsartikler som kan brukes i oppgaven. Ettersom fysisk aktivitet kan virke inn på den psykiske og fysiske helsen, ble det funnet ulike forskningsartikler som kan knyttes til hvordan vernepleieren kan bruke miljøterapi for innlagte pasienter med depresjon.

Jeg har i hovedsak gjort forsøk på å holde meg til norske forskningsartikler, selv om det er unntak i teksten. Søkeordene som er brukt i det systematiske litteratursøket er vesentlig, ettersom det danner grunnlaget i denne bacheloroppgaven. Det er også brukt selvvalgt litteratur. Det vil si at det er brukt litteratur fra pensumbøker fra de tidligere studieårene, samt dette studieåret. Det er også brukt bøker utenfor pensumlisten. På denne måten vil flere sider bli belyst, noe som vil bidra til en endelig og fullstendig konklusjon. En kan derfor si at de artiklene og den litteraturen som er brukt i denne besvarelsen, er brukt for å belyse problemstillingen på en så fullstendig måte som mulig.

De artiklene og den litteraturen som er benyttet i denne besvarelsen er valgt på bakgrunn av systematiske og grundige litteratursøk. Artiklene inneholder informasjon som er relevant for å klargjøre hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet som miljøterapi for innlagte pasienter med depresjon.. For å utføre arbeidet på en systematisk måte, delte jeg opp de ulike begrepene i problemstillingen. Deretter søkte jeg med begrepene hver for seg. Da fant jeg ulike artikler som var relevante å inkludere i besvarelsen.

Dette medførte at alle begrepene i problemstillingen ble inkludert. På denne måten kunne jeg se hvordan artiklene var relevante for vernepleierens rolle i miljøterapi for innlagte pasienter med depresjon. Jeg har under mitt arbeid med litteratursøket forsøkt å stille meg spørsmål om for eksempel forfatteren er velkjent innenfor det aktuelle fagfeltet, og om jeg er kjent med forfatteren fra før.

2.2 Reliabilitet og validitet

Ettersom besvarelsen er basert på kilder som andre har utformet, vil det være avgjørende å være klar på hva som er relevant for at problemstillingen skal kunne besvares, og hva som er pålitelige kilder. Disse to elementene kalles reliabilitet og validitet, noe som er av betydning for at den litteraturen som er brukt skal være «sikre».

Forforståelse

Min forforståelse knyttet til dette temaet, er formet av tidligere arbeidserfaringer og interesse for fysisk aktivitet og psykisk helse. Mitt faglige ståsted vedrørende fysisk aktivitet på DPS nivå, er at jeg har jobbet som miljøarbeider sammen med vernepleiere og andre faggrupper i avdelingen. Gjennom dette arbeidet har jeg sett hvordan fysisk aktivitet kan virke inn på stemningslidelser ved riktig tilrettelegging og gjennomføring. Miljøterapi er et sentralt begrep innenfor den vernepleierfaglige kompetansen (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

Jeg har vært vitne til at miljøterapien kan avhenge av hvordan tilbudet er implementert hos avdelingens behandlere og ledelse generelt. Der hvor struktur og rammer er tydelig, vil miljøterapien bli mere strukturert og konkret for pasienten. En gjør forventningene klare for pasienten, og pasienten vet hva han kan forvente av avdelingen.

Jeg har i min forforståelse blitt bevisst på hvilken innvirkning den fysiske aktiviteten har i miljøterapien for den innlagte pasienten med depresjonsdiagnose. I min yrkesutøvelse har jeg observert at fysisk aktivitet kan tilrettelegges på individuelt- og gruppenivå. På individnivå omhandler det å styrke individets egne ressurser, psykoedukasjon og mestring. I gruppesammenheng får pasienten i tillegg fellesskap og mestring sammen, som vil kunne fremme sosial mestring og sosial kontakt. Selv om pasientene kan ha ulike forutsetninger, fysisk form, alder og kunnskap, kan en legge til rette for felles mestring, og at de kan utveksle egne erfaringer og opplevelser. Derfor er min forforståelse et ønske om å faglig utforske hvordan fysisk aktivitet kan innvirke på pasienten for å bedre funksjonsevnen, både individuelt og på gruppenivå.

Mitt mål er å få økt kunnskap om hvordan vernepleieren kan bidra i dette arbeidet. Jeg har observert i utøvelsen at det er stor forskjell på personlighet og egenskaper hos ulike

vernepleiere, og i hvilken grad dette påvirker pasienten samt hvilke fokus som vektlegges i miljøterapien. I forforståelsen har jeg undret meg over hvordan jeg kan tilnærme meg vernepleierens arbeidsmodell (vedlegg 2). Vernepleierens arbeidsmodell er en systematisk problemløsningsmodell (Brask, Østby og Ødegård 2016). Min interesse har økt angående modellen, ettersom det viser hvordan vernepleieren kan intervensere og bruke fysisk aktivitet i samspillet med pasienter med diagnosen depresjon. I miljøterapi er vernepleierens kompetanse avgjørende for pasientens tilfriskningsprosess. I min forforståelse er denne kompetansen noe jeg ønsker å belyse. Hva sier teori og forskning om dette, og hvordan kan en i størst mulig grad benytte kompetansen i den utøvende miljøterapi? Hvordan kan kildene analyseres og benyttes i yrkesutøvelsen?

Reliabilitet

Et grunnleggende krav til datainnsamling er at de må være relevante for den problemstillingen som er valgt, og at dette gjelder når man blant annet søker data i litteraturen (Dalland 2012). Det er ikke bare kildene som må være relevante, men dataene må være relevante i henhold til problemstillingen (Dalland 2012). Dette betyr at de dataene som er samlet inn fra litteraturen, på en eller annen måte kan bidra til å besvare problemstillingen på en tilfredsstillende måte.

Når jeg har samlet inn data for å belyse hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet i miljøterapi, har jeg lagt vekt på å belyse flere sider av problemstillingen ved bruk av relevant litteratur. Det er ikke nok at kildene er relevante. Informasjonen man henter fra kildene må også være relevante for problemstillingen (Dalland 2020). Reliabiliteten angående hvordan vernepleieren kan anvende miljøterapi for innlagte pasienter med depresjon, dreier seg om å finne relevant informasjon om miljøterapi, fysisk aktivitet, depresjon og distriktpspsykiatrisk senter. Arbeidet går ut på å se sammenhengen mellom disse ulike begrepene.

Validitet

Selv om de dataene jeg samler inn i utgangspunktet er relevante, må de også være pålitelige. Det betyr at de ulike leddene i prosessen må være frie for unøyaktigheter (Dalland 2012). Dette betyr at dataene som er blitt hentet inn fra teorien og litteraturen som er valgt, er sikre ved at de er merket som sikre. Dette ved at noen av artiklene som er brukt har fått fagfelleevaluering. Det at kildene er valide vil være en forutsetning for at

oppgaven blir besvart på en faglig god og ikke minst riktig måte. Samtidig er det en forutsetning at kildene som er brukt, blir brukt til å framheve fakta i besvarelsen. Kildene som er brukt i denne oppgaven danner grunnlag for at problemstillingen blir framstilt og besvart med konkrete fakta. For at dataene skulle bli brukt i besvarelsen, var det relevant at de kom fra troverdige kilder som er anerkjente og pålitelige. Dette arbeidet krevde at jeg til enhver tid var kritisk til det jeg fant, men at jeg samtidig måtte være åpen for at dataene var pålitelig nok til å besvare problemstillingen.

3.0 Analyse

3.1 Miljøterapi

Nordlund, Thronsen og Linde (2015) argumenterer for at miljøterapi har ulike betegnelser, og at miljøterapi historisk har blitt brukt i mange sammenhenger uten spesielle krav til innhold eller utførelse. Miljøterapi har vært, og vil fortsatt være en svært sentral del av den vernepleiefaglige kompetansen (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Miljøterapi er derfor et grunnleggende begrep å ha tilstrekkelig kunnskap om, for at man som vernepleier skal utøve sitt yrke på en gunstig måte. Det er særlig forholdet mellom forskningsbasert kunnskap og den praktiske bruken i det vernepleiefaglige arbeidet, vi legger vekt på i vår forståelse (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

De ulike begrepene som omfatter miljøterapi blir ofte brukt om hverandre (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Begrepet miljøterapi har sin opprinnelse i Maxwell Jones «Det terapeutiske samfunn», hvor sykehusmiljøet i psykiatriske institusjoner ble tilrettelagt for læring av nye atferdsmønstre (Andersen 1997 referert i Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

En annen definisjon av miljøterapi, omhandler det å legge vekt på å tilrettelegge for et miljø hvor grupperinger eller individer kunne gis mulighet til mestring, personlig ansvar og læring (Larsen og Selnes 1983 referert i Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Denne definisjonen viser at det vil være relevant at personene som har behov for miljøterapien, får muligheten til personlig vekst gjennom mestring og læring, samt personlig ansvar. Dette kan potensielt bidra til mestringsfølelse og en følelse av velvære. Dette kan vi lese

om i Landmark og Olkowska (2016) som argumenterer for at miljøterapi peker mot miljøet som en helhet. Sett fra et terapeutisk perspektiv, dreier miljøterapi seg om hvordan vi kan tilrettelegge miljøet personen lever i, og hvordan det kan legges til rette for at både utvikling og endring muliggjøres.

Nordlund, Thronsen og Linde (2015) argumenterer for at miljøterapi har flere definisjoner og at de ulike begrepene som for eksempel miljøterapi, miljøbehandling og miljøarbeid ofte blir brukt om hverandre. Det vil derfor være relevant å være bevisst på mestringsorientert tilrettelegging og trivsel. Dersom vi sammenligner disse ulike definisjonene kan vi se at de har et felles trekk, som går ut på at man tilrettelegger miljøet for at pasienten skal oppleve økt velvære og mestring.

Hva vil dette bety for hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet som miljøterapi for innlagte pasienter med depresjon?

«Miljøterapi handler om å legge til rette for et miljø hvor personer eller grupper kunne gis muligheter til læring, mestring og personlig ansvar» (Larsen og Selnes 1983 referert i Nordlund, Thronsen og Linde 2015: 27). I praktisk utøvelse kan miljøterapi omfatte eksempelvis fokussamtaler, felles aktiviteter for de innlagte pasientene, samtalegrupper hvor miljøterapeuten som innehar kompetansen, leder gruppen. Husflidsaktiviteter, felles matlaging, billedterapi, kreativ gruppe og individuelle tilpassede aktiviteter kan være miljøterapi for innlagte pasienter. Ulike former for fysisk aktiviteter som for eksempel klatregrupper, andre tilrettelagte treningsopplegg både individuelt og i grupper, kan også være eksempler på miljøterapi.

3.2 Fysisk aktivitet som miljøterapi

Fysisk aktivitet fremmer helsen i alle aldersgrupper, og fysisk aktivitet vil også ha positiv effekt på den mentale helsen (Nystad 2021). Fysisk aktivitet kan derfor være et nyttig tiltak som vernepleieren kan ta i bruk som miljøterapi. Dette medførte at det ble søkt etter informasjon om miljøterapi på psykiatriske sykehus. Det begrunnes ved begrepens relevans for hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet som miljøterapi for innlagte pasienter med depresjon. Det er grunnleggende at kildene er relevante for å belyse

problemstillingen (Dalland 2020). Etter å ha foretatt et systematisk litteratursøk om miljøterapi og distriktpspsykiatrisk senter i Oria, skriver Øyen og Skorpen (2010) følgende:

Milieu therapy of today can be considered individualistic. Milieu therapy efforts were addressed towards the individual patient, and not addressed towards the ward milieu as a whole. Furthermore, the ward milieu was organized for patients to take choices based on individual wishes and needs (Øyen og Skorpen 2010: 25).

Miljøterapi kan benyttes som en kollektiv tilnærming i det daglige livet i et psykiatrisk sykehus (Øyen og Skorpen 2010).

Sitatet viser at miljøterapi i stor grad kan være individrettet, ettersom hver enkelt pasient bør ha et individuelt tilpasset opplegg. Samtidig vil det være relevant å tilrettelegge slik at aktivitetene kan gjennomføres i et større fellesskap og at det sees på som en del av et terapeutisk samfunn (Øyen og Skorpen 2010). Kan dette bety at den fysiske aktiviteten vil være allsidig, noe som kan føre til at ikke bare pasienter med depresjon kan delta, men også pasienter med andre diagnoser?

Det å tilrettelegge fysisk aktivitet for et større fellesskap kan være relevant ettersom det kan bidra til inkludering. Miljøterapi kan også brukes som et kollektivt element (Øyen og Skorpen 2010). Dersom pasienter utfører aktiviteter sammen kan det bidra til at pasienten kommer seg raskere (Øyen og Skorpen 2010). Dette kan også føre til at pasientene i en gruppe opplever mestring, noe som vil være relevant for at den psykiske helsen skal bedres.

Ved å benytte psykoedukasjon, både individuelt og i gruppe vil dette bidra til økt kunnskap og forståelse både individuelt og på gruppenivå. Psykoedukasjon dreier seg om et tilbud som er systematisk og strukturert informasjon om den psykiske lidelsen (Løvhaug m.fl. 2016). I gruppesammenheng kan pasientene dele erfaringer og opplevelser og få en gjensidig forståelse for hverandre. De kan også gjenkjenne egen forståelse og reaksjoner i det andre forteller, for så å øke egen mestring og lære nye mestringsstrategier via andre (Løvhaug m.fl 2016).

Martinsen (2018) argumenterer for at mennesker som tidligere har fungert godt i hverdagen, etter større eller mindre livsbelastninger vil kunne utvikle ulike former for psykiske lidelser, som for eksempel depresjon. Noen av disse menneskene kommer seg gjennom de emosjonelle traumene eller belastningene for seg selv, med eventuelt bistand fra familie eller venner (Martinsen 2018). Andre trenger hjelp fra helsevesenet (Martinsen 2018). Sosialisering og hjelp fra helsevesenet kan bidra til at personer med depresjon kan oppleve bedring fra sin lidelse. Likevel kan det være vanskelig å motivere deprimerte mennesker for fysisk aktivitet. Deprimerte mennesker kan oppleve at motivasjonen for å utføre fysisk aktivitet regelmessig kan være en stor utfordring (Graven 2013).

Det vil være elementært at vernepleieren griper inn og tar styring før tillit og trygghet er etablert. Dette vil være nødvendig i situasjoner der vernepleieren tar tydelig ansvar i form av strukturerende ordbruk, ved å ta over valg, skjerme vedkommende fra inntrykk og sette grenser (Brask, Østby og Ødegård 2016). Det vil også være grunnleggende å vise empati og tilnærme seg pasienten på en strukturerende måte (Brask, Østby og Ødegård 2016). Det er grunnleggende at man ved miljøterapi oppretter en allianse med den som skal motta miljøterapien, og at forholdet er bygget på tillit (Brask, Østby og Ødegård 2016). Brask, Østby og Ødegård (2016) argumenterer for at dette stiller krav til rollebevisstheten hos vernepleieren, og at de er bevisst på å tilrettelegge for at brukeren skal få medvirke.

Brukermedvirkning er et begrep som står sentralt i den praktiske yrkesutøvelsen hos vernepleierne. Brukermedvirkning realiseres kun gjennom pasientens opplevelse av å medvirke (Leraand 2018). Her vil makt og avmakt være relevante begrep. Som helse- og sosialarbeidere har vi et spesielt etisk og medmenneskelig ansvar for de mindre svake gruppene i samfunnet, og klienter som innehar den svakeste posisjonen i hjelpeapparatet (Norvoll 2009). Dette betyr at yrkesutøveren må være bevisst på forholdet mellom makt/avmakt og pasienten (Norvoll 2009). Her er det nødvendig at gapet mellom vernepleieren og pasienten minskes, og at man møter pasienten på et individuelt nivå, slik at pasienten kan kjenne seg igjen i vernepleieren.

Det vil også være relevant med tverrfaglig arbeid for å sette sammen et aktivitetstilbud av best mulig kvalitet (Brask, Østby og Ødegård 2016). Det er ofte ulike profesjoner på de ulike DPS. Det kan være fysioterapeut, ergoterapeut som har sine spesielle kunnskapsområder. Å sette sammen et allsidig og kvalitetssikret tjenestetilbud med hver

profesjons spisskompetanse, vil være elementært og fruktbart for den enkelte pasient (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Det er publisert to systematiske gjennomganger om studier på fysisk aktivitet som forebyggingsmetode av depresjon. Begge de systematiske gjennomgangene viser at det å være fysisk aktiv, reduserer risikoen for depresjon (Martinsen 2018). Det er også foretatt 16 metaanalyser av fysisk aktivitet som behandlingsmetode mot depresjon. Selv om det er noe variasjon i konklusjonene i noen av metaanalysene, konkluderer de fleste metaanalysene med at fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt (Martinsen 2018). Kan det tenkes at vernepleieren bør innta ulike roller for å motivere pasienten for å utføre fysisk aktivitet?

3.3 Ulike perspektiv på fysisk aktivitet

Medisinsk perspektiv

«Fysisk aktivitet defineres vanligvis som enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk» (Martinsen 2018, 249). Fysisk aktivitet kan omfatte mange ulike aktiviteter. Det som er felles for alle typer fysisk aktivitet er at det forårsaker energiforbruk.

Fysisk aktivitet har en rekke positive helsefordeler. Fysisk aktivitet bidrar til å forebygge ulike typer sykdommer og styrker hjertet. Når den fysiske helsen bedres, kan dette bidra til en sunnere og bedre psykisk helse (Kolle og Grydeland 2018). Et medisinsk perspektiv på fysisk aktivitet vil derfor basere seg på hvordan kroppen som helhet reagerer på den fysiske aktiviteten.

Psykososialt perspektiv

Fysisk aktivitet kan formes av det sosiale fellesskapet man befinner seg i (Abildsnes 2018). Sosialisering under fysisk aktivitet kan stimulere til økt motivasjon, og dermed bedre fysisk og psykisk helse (Abildsnes 2018). Det psykososiale perspektivet innen fysisk aktivitet omhandler hvordan det sosiale fellesskapet i den fysiske aktiviteten kan bidra til økt mestring og økt velvære blant deltakerne.

Psykologisk perspektiv

Sett fra et psykologisk perspektiv vil fysisk aktivitet bidra til økt psykisk velvære.

Martinsen (2018) argumenterer for at det er sterke sammenhenger mellom den psykiske helsen og fysisk aktivitet. Det er også gjort undersøkelser som viser at fysisk aktivitet som eksempelvis kondisjonstrening og styrketrening gir en positiv psykologisk effekt (Martinsen 2018). Dersom man utfører fysisk aktivitet regelmessig, kan dette virke positivt inn på det psykologiske aspektet. Dette ved at pasienten for eksempel får bedre selvtillit og opplever mestringsfølelse.

4.0 Drøfting

I denne oppgaven har jeg belyst hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet i miljøterapi for personer med depresjon, innlagt på distriktpsikiatriske senter. Nå vil jeg drøfte hvordan vernepleieren kan både ha en partnerrolle og en ansvarsrolle i dette arbeidet.

4.1 Fysisk aktivitet i miljøterapi

Vernepleier i partnerrollen

Når vernepleieren inntar partnerrollen, er vedkommende samhandlende der de tilpasser og justerer tilnærminger gjennom et nært samarbeid og dialog med pasienten det gjelder. Partnerrollen innebærer også å tilrettelegge for gunstig fungeringsevne i det daglige (Brask, Østby og Ødegård 2016). Dette betyr at partnerrollen innebærer å spille den andre god og virker som en motiverende partner for den det gjelder (Brask, Østby og Ødegård 2016). Når vernepleieren skal innta partnerrollen, må vedkommende være empatisk og vise respekt for individet sin integritet og verdighet. Dette fordi det medfører en relasjonsbygging mellom tjenesteyter og pasient som er bygget på trygghet (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Miljøterapi omhandler å tilrettelegge miljøet, slik at ulike grupper gis mulighet for personlig mestring, ansvar og læring (Larsen og Selnes 1983 referert i Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Når vernepleieren inntar partnerrollen i miljøterapien for å motivere for fysisk aktivitet, kan en av de faglige vurderingene handle om hvordan man kan vise respekt for pasienten sin integritet og verdighet. Når vernepleieren skal anvende

partnerrollen, betyr dette at vedkommende anvender den spesielle partnerkompetansen for å kunne spille den andre god i avdelingen (Brask, Østby og Ødegård 2016). Det vil også til enhver tid være nødvendig å være bevisst på makten en vernepleier har (Norvoll 2009). Det vil være elementært å møte pasienten på et individuelt nivå for å minske gapet mellom vernepleier og pasient. Dette ved at man står likt med pasienten. Det er grunnleggende å møte pasienten der han/ hun er for at vernepleieren ikke skal virke som en uoppnåelig figur, som pasienten ikke kjenner seg igjen i.

Det vil også være elementært å vise hvordan man kan tilrettelegge for fysisk aktivitet. For eksempel kan det oppstå situasjoner der pasienten ikke blir med på fysisk aktivitet fordi de mangler utstyr. Da kan for eksempel vernepleieren tilby låneklær. Da vil det være vesentlig at vernepleieren ikke møter opp i dyre treningsklær, mens pasienten må ha låneklær. Her kan vernepleieren bidra med å spille den andre god under partnerrollen (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Det kan tenkes at når vernepleieren inntar partnerrollen, vil dette kunne åpne muligheter for å motivere pasientene som er innlagt på DPS med depresjon, til større grad av fysisk aktivitet. Her vil det være relevant å tolke de kommunikative uttrykkene i dialogen med pasienten (Øvrelid og Nordtvedt 2003 referert i Brask, Østby og Ødegård 2016). Når vernepleieren plukker opp de kommunikative uttrykkene, kan dette medføre økt livskvalitet og muligheten til å være aktør i eget liv (Brask, Østby og Ødegård 2016). Det kan tenkes at dette kan medføre økt motivasjon for pasienten for å gjennomføre fysisk aktivitet i større grad.

En annen problemstilling som kan oppstå i dette arbeidet, er at pasienten som er innlagt kan være vanskelig å motivere for å utføre fysisk aktivitet. Deprimerte pasienter kan oppleve at å utføre fysisk aktivitet regelmessig, kan være en stor utfordring (Graven 2013). Dette kan medføre at pasienten blir ført inn i en vond sirkel hvor den psykiske helsen stadig forringes, ved at vedkommende ikke utfører fysisk aktivitet, og at de depressive symptomene eskalerer. Personer som har depresjonsdiagnose, kan oppleve nedsatt interesse, gledeløshet, lite energi og tiltaksløshet (Aarre 2018). Pasienten kan oppleve at motivasjonen vernepleieren gir, blir oppfattet som mas.

Den psykiske og fysiske helsen har sterke sammenhenger med fysisk aktivitet og begge deler virker inn på hverandre (Martinsen 2018). Dette betyr at fysisk aktivitet vil påvirke både den fysiske og den psykiske helsen positivt. Da kan et mulig verktøy være å bruke fysisk aktivitet som et kollektivt element, for at den innlagte pasienten skal bli motivert. Vernepleieren kan da anvende partnerrollen i den grad at tilnærmingene tilpasses og justeres i nært samarbeid med den enkelte pasienten (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Selv om miljøterapi kan være individrettet, kan det også brukes som en kollektiv tilnærming i psykiatriske sykehus (Øyen og Skorpen 2010). Ved riktig tilrettelegging kan den fysiske aktiviteten i miljøterapien bidra til at flere pasientgrupper kan inkluderes. Den fysiske aktiviteten kan være allsidig. Dette kan føre til at samspillet mellom pasientene medfører økt motivasjon. Her vil det psykososiale perspektivet spille en relevant rolle for motivasjonen til pasienten som er innlagt. Sosialisering under den fysiske aktiviteten kan føre til økt motivasjon, noe som kan føre til bedre psykisk helse (Abildsnes 2018). Dersom dette er tilfellet, kan det tenkes at det vil være relevant å se på situasjonen som en del av et terapeutisk samfunn. Øyen og Skorpen (2010) beskriver det terapeutiske samfunnet som miljøterapeutiske retninger, som vektlegger de sosiale prosessene og det kollektive miljøets betydning i miljøterapien.

Selv om pasienter som er innlagt på DPS kan ha nytte av sosialisering under fysisk aktivitet, er det ikke sikkert de har ønske om å delta i fysiske aktiviteter sammen med andre pasienter. Da vil det være av betydning å tilrettelegge for at den fysiske aktiviteten blir individuelt tilpasset. Individualistiske tilnærminger i psykiatriske helsetjenester gjenspeiles i moderne miljøterapi ved at det vektlegges for individuelle ønsker og brukermidvirkning (Øyen og Skorpen 2010). På denne måten vil partnerrollen være relevant, ettersom vernepleieren samhandler med pasienten på individnivå. Tilnærmingene for pasienten, tilpasses etter et nært samarbeid med brukeren (Brask, Østby og Ødegård (2016). Dette kan medføre at vernepleieren motiverer den innlagte pasienten for å utføre fysisk aktivitet for seg selv, grunnet respekten og selvbestemmelsen vernepleieren tilrettelegger for.

Vernepleier i ansvarsrollen

Ansvarsrollen omhandler at vernepleieren er handlende på individnivå og har mot til å ta selvstendige avgjørelser. Ansvarsrollen omhandler også at vernepleieren viser handlingsdyktighet (Tollefsen 2004). Her kan det argumenteres for at vernepleieren innehar et faglig ansvar for å ivareta pasienten sine ønsker og integritet. Vernepleieren har ansvar for å kvalitetssikre tjenestetilbudet til pasienten (Brask, Østby og Ødegård 2016). Dette kan for eksempel handle om å ivareta pasientens interesser og sikre et forsvarlig behandlingstilbud.

I den fysiske aktiviteten som blir anvendt i DPS som miljøterapi for personer som har depresjon, har vernepleieren et faglig ansvar for å tilrettelegge sammen med teamet rundt pasienten. Her kan ansvarsrollen være relevant. At vernepleieren tar ansvar, er relevant angående profesjonens yrkesutøvelse. De oppgavene vernepleieren har ansvar for å utføre innad den fysiske aktiviteten i miljøterapien, kan for eksempel være fra planlegging av aktiviteten og til hvordan den skal utføres. Det vil her kunne være relevant å ta i bruk tverrprofesjonelt samarbeid for å optimalisere miljøterapien for pasienten. Tverrprofesjonelt samarbeid er relevant for at den vernepleiefaglige utøvelsen skal gi gunstig effekt (Brask, Østby og Ødegård 2016).

For at den innlagte pasienten skal få best mulig utbytte av den fysiske aktiviteten i miljøterapien, er det relevant å lytte til pasienten sine ønsker om hva slags aktiviteter han/hun vil utføre (Brask, Østby og Ødegård 2016). Det kan tenkes at dette vil medføre trygghet og mestring for pasienten om vedkommende får medvirke. Jo mer mestring og trygghet pasienten opplever i den fysiske aktiviteten, jo mere vil dette stimulere til mere motivasjon for å være aktiv. Samtidig kan det være vesentlig å tøyne grensene og være en motivator for at pasienten stadig skal oppleve økt mestring og oppnå et bedre funksjonsnivå.

Å bidra med positivitet, latter og godt humør kan være en ufarlig tilnærming, ved at en kan le sammen, være litt uhøytidelig og ha det morsomt i det sosiale fellesskapet. Det kan tenkes at dette vil være relevant angående det psykososiale perspektivet og det psykologiske perspektivet. Dette fordi at Abildsnes (2018) og Martinsen (2018) argumenterer for at dette er elementer som kan føre til økt psykisk velvære. Her vil

ansvarsrollen være relevant. Dette fordi den omhandler å se hva som er best for pasienten, og hva som er vedkommende sine egne ønsker og interesser (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Jo mere stimulert pasienten er i egen aktivitet, vil dette kunne medføre trygghet i å kunne trene i et fellesskap med andre. Det vil også være relevant å ha psykoedukasjon rundt temaet. Dette for å gi pasienten informasjon om den psykiske lidelsen som er aktuell. Løvhaug m.fl. (2016) argumenterer for at psykoedukasjon er et tilbud om systematisk og strukturert informasjon om psykiske lidelser, og behandlingen som inngår. Dette kan gjøres både i forkant og under selve aktiviteten. På denne måten tar vernepleieren ansvar for å formidle kunnskap og en helhetsforståelse rundt depresjonsbegrepet og tilfriskningsprosessen.

Det kommer frem i analysen at samtidig som miljøterapi kan brukes individuelt, kan det brukes som et kollektivt element for innlagte pasienter (Øyen og Skorpen 2010). Det vil være relevant å inkludere etiske og juridiske vurderinger (Brask, Østby og Ødegård (2016). Dersom pasienten ønsker å være med i et sosialt fellesskap under den fysiske aktiviteten, kan det være relevant at vernepleieren inntar ansvarsrollen. Dette ved at vernepleieren inntar ansvarsperspektivet og at vedkommende tar styring i form av for eksempel strukturerende ordbruk og eventuell skjerming for de som ønsker det (Brask, Østby og Ødegård 2016).

I analysen kommer det fram at miljøterapien kan være individrettet (Øyen og Skorpen 2010). Da vil det være elementært at vernepleieren tar ansvar og tilrettelegger for at den innlagte pasienten med depresjon skal oppleve personlig mestring, velvære og følelse av selvtillit. På denne måten vil relasjonen mellom vernepleieren og pasienten bli etablert på en god måte, og det vil kunne danne en gjensidig trygghet. Dersom pasienten opplever tiltaksløshet grunnet depresjonen vil det til enhver tid være grunnleggende å møte pasienten der vedkommende er, og ta hensyn til han/hennes ønsker. Når tryggheten og tilliten med pasienten er etablert, kan pasienten ved riktig motivasjon bli motivert til å utføre fysisk aktivitet individuelt.

Dersom dette arbeidet lykkes og pasienten med riktig motivasjon er fysisk aktiv i større grad enn tidligere, kan dette ha en antidepressiv effekt (Martinsen 2018). Dette betyr at det

psykologiske aspektet ved depresjonen kan endre seg. Det er en sterk sammenheng mellom fysisk aktivitet og den psykiske helsen (Martinsen 2018). Det betyr at den handlingsdyktigheten vernepleieren viser, kan virke inn på den enkelte pasienten slik at motivasjonen til pasienten øker. Sett fra et medisinsk perspektiv, vil den fysiske aktiviteten styrke hjertet og forebygge ulike typer sykdommer. Det medisinske perspektivet vil ha sammenheng med det psykologiske perspektivet. Dersom pasienten sin fysiske helse bedres, kan dette føre til en sunnere og bedre psykisk helse (Kolle og Grydeland 2018).

Når miljøterapien er individrettet, vil det være elementært med tverrfaglig samarbeid for å få et størst mulig utbytte av den fysiske aktiviteten. Brask, Østby og Ødegård (2016) argumenterer for at det vil være relevant å ta i bruk tverrprofesjonelt samarbeid for å sette sammen et aktivitetstilbud av best mulig kvalitet for den individuelle pasienten.

Når vernepleieren tar i bruk tverrfaglig arbeid for å utforme et tilbud av fysisk aktivitet, vil dette kunne bidra til at pasienten opplever at ønskene hans/hennes blir ivaretatt. Her kan det argumenteres for at vernepleieren inntar ansvarsrollen ved å ta styring om hvordan enkelte prosesser i utformingen skal gjøres for at pasienten skal trives med aktiviteten. Å sette sammen et allsidig og kvalitetssikret tjenestetilbud med hver profesjon sin spisskompetanse, er grunnleggende for den individuelle pasienten (Brask, Østby og Ødegård 2016). Vernepleieren kan for eksempel innta ansvarsrollen ved at hver profesjon kan bidra med sin spisskompetanse på feltene det trengs, for å utforme et godt tilpasset individuelt opplegg for at pasienten skal være fysisk aktiv.

5.0 Avslutning

Denne oppgaven har som mål å belyse hvordan vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet som miljøterapi for pasienter innlagt på distriktpsikiatriske senter med depresjon. Ettersom det har vært økt faglig oppmerksomhet på hvordan fysisk aktivitet kan brukes som miljøterapi for å dempe psykiske lidelser, er to av de mest relevante kjernerollene trukket inn for å belyse problemstillingen. Disse kjernerollene er partnerrollen og ansvarsrollen. Metoden som er brukt for å hente inn data til besvarelsen er kvalitativ. I analysen er dataene presentert. Det fremkommer at vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet som miljøterapi i DPS ved riktig tilnærming. Fysisk aktivitet kan brukes som miljøterapi

for pasienter i alle aldre, og det vil bidra til fysisk og psykisk velvære. Det kommer frem at fysisk aktivitet vil påvirke den psykiske helsen positivt og at dette kan bidra til bedring fra depresjonsdiagnosen. Det vil til enhver tid være grunnleggende at man som vernepleier viser ydmykhet og empati for at pasienten skal bli motivert og oppleve mestringsfølelse. I drøftingen er partnerrollen og ansvarsrollen valgt som perspektiv for å drøfte dataene som er innhentet i analysen.

5.1 Konklusjon

Som vist i kapittel 3.3 hvor det ble påpekt at det er sterk sammenheng med fysisk aktivitet, og fysisk og psykisk helse, og at begge deler virker inn på hverandre, kan man se at grunnlaget for å fremme fysisk aktivitet i miljøterapi er relevant (Martinsen 2018).

Abildsnes (2018) argumenterer for at man kan oppnå dobbelteffekt av fysisk aktivitet, hvor sosialisering kan bidra til økt glede og motivasjon. I tillegg har man muligheten til å tilrettelegge for individrettet aktivitet, for de som ikke ønsker eller er i stand til å håndtere sosiale situasjoner. På denne måten kan pasienten oppleve mestring til tross for depresjonsdiagnosen (Øyen og Skorpen 2010). Dette bekreftes også av Brask, Østby og Ødegård (2016) som argumenterer for at aktiv lytting og brukermedvirkning kan medføre trygghet og mestring.

Konklusjonen i denne oppgaven blir derfor at vernepleieren kan bruke fysisk aktivitet som miljøterapi som et verktøy i behandlingen til mennesker med depresjonsdiagnose i DPS.

Vernepleieren har en elementær funksjon i å tilrettelegge for at mennesker med depresjonsdiagnose kan benytte fysisk aktivitet som en mestringsmetode. Målet vil være at pasientene skal kunne få en bedre hverdag og bedre livskvalitet, og å være i stand til å mestre sine utfordringer på en best mulig måte.

Litteraturliste/ referanser

Abildsnes, Eirik. 2018. «Sosioøkonomiske perspektiver på fysisk aktivitet» i *Fysisk aktivitet og helse, fra begrepsforståelse og implementering av kunnskap*. Redigert av Thorstveit, Monica Klungland, Hilde Lohne- Seiler, Sveinung Berntsen og Sigmund A. Anderssen. Side 374- 389. Oslo: Cappelen Damm

Berge, Torkil. 2021. «Hva er depresjon?» *Psykologforeningen*. Sist oppdatert: 12.04.2021. URL: <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-depresjon>

Berntsen, Sveinung og Sigmund A. Anderssen. 2018. «Et historisk blikk på fysisk aktivitet» i *Fysisk aktivitet og helse, fra begrepsforståelse og implementering av kunnskap*. Redigert av Thorstveit, Monica Klungland, Hilde Lohne- Seiler, Sveinung Berntsen og Sigmund A. Anderssen. Side 21-36. Oslo: Cappelen Damm

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens Kjerneroller: En Refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, Olav. 2012. *Metode Og Oppgaveskriving for Studenter*. 5. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, Olav. 2017. *Metode Og Oppgaveskriving*. 6. Utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, Olav. 2020 *Metode Og Oppgaveskriving*. 7. Utgave. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk

Fellesorganisasjonen. 2020. «Vernepleiernes helsefagkompetanse» *Fellesorganisasjonen*. Sist oppdatert 2020. URL: <https://www.fo.no/vernepleier/>

Graven, Andreas R. «Vanskelig å motivere deprimerte til å trene» i *forskning*. Sist oppdatert 18.09.2013. URL: <https://forskning.no/sykdommer-trening/vanskelig-a-motivere-deprimerte-til-a-trene/609933>

Helsedirektoratet. 2009. «Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten» i *helsedirektoratet*, 13 (nummer 1): Side: 6-17. URL: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf

Kolle, Elin og May Grydeland. 2018. «Begrepsavklaringer» i *fysisk aktivitet og helse, fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*, redigert av Thorstveit, Monica Klungland, Hilde Lohne- Seiler, Sveinung Berntsen og Sigmund A. Andersen. Side 40-52. Oslo: Cappelen Damm.

Landmark, Berit og Alicja Olkowska. 2016. «Kva gjer miljøterapi til terapi?» i *Miljøterapi, prinsipper, perspektiver og praksis*, redigert av Landmark, Berit og Alicja Olkowska. Side 23-32. Bergen: Fagbokforlaget

Leraand, Camilla. 2018. «Å jobbe i team er godt relasjonsarbeid» i *Kven er du? Miljøterapi i relasjoner*, redigert av Strømstad, Jon Vidar, Anne Berit Eie Thorbjørnsen og Anne- Margrethe Kinn Aasland. Side 50-78. Stavanger: Hertervig Forlag, Akademisk

Løvhaug, Lars, Synne Otilie Bamrud Hansen, Anja Kristine Kråbøl, Torgny Ofrim, Ingrid Tennås og Maja Sandberg. 2016. «Psykoedukasjon til akuttpsykiatriske pasienter» *Helsebiblioteket.no*. URL: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykoedukasjon-til-akuttpsykiatriske-pasienter>

Løvaas, Elisabeth Ønal og Asbjørn Johansen. 2012. «Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi» *Sykepleien* 10 (nummer: 2) Side 52-55. URL: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/827635.pdf>

Martinsen, Egil W. 2018. «Fysisk aktivitet og psykiske lidelser» i *Fysisk aktivitet og helse, fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*, redigert av Thorstveit, Monica Klungland, Hilde Lohne- Seiler, Sveinung Berntsen og Sigmund A. Anderssen. Side 245-264. Oslo: Cappelen Damm

Nordlund, Inger, Anne Thronsen, og Sølvi Linde. 2015. *Innføring I Vernepleie: Kunnskapsbasert Praksis, Grunnleggende Arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget

Norvoll, Reidun. 2009. «Makt og avmakt» i *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, redigert av Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa. Side 67-92. Oslo: Gyldendal Akademisk

Nystad, Wenche. 2021. «Fysisk aktivitet I Norge». *Folkehelseinstituttet*. URL: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>

Solenes, Oskar. 2009. «Framtidas håp, barneidrettsdiskursar i Noreg 1920-1976» Doktorgradsavhandling (Phd), Norges idrettshøgskole

Tollefsen, Anita, 2004. «Hvilke krav stiller praksisfeltet til vernepleierens etiske praksis?» *SOR Rapport* 18 (nummer: 4) side: 13-27. URL: https://www.stiftelsensor.no/images/tidsskriftarkiv/2004/4/SOR_Rapport_4_2004-Tollefsen-Hvilke_krav_stiller_praksisfeltet_til_vernepleiernes_etiske_praksis.pdf

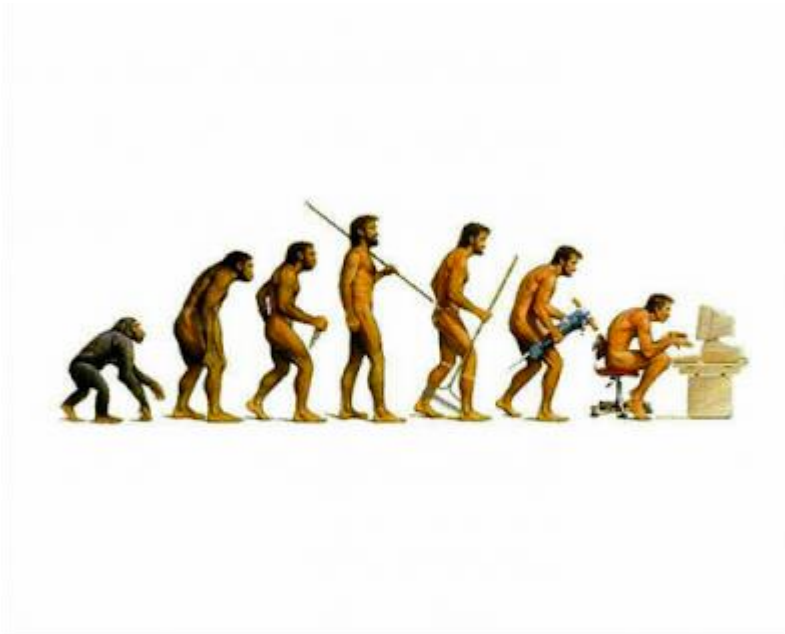
Ulleberg, Anne Margrethe og Berit Johannessen. 2015. Fysioterapeuters erfaringer med bruk av fysisk aktivitet til eldre deprimerte. *Norsk tidsskrift for helseforskning*. 11. (nummer 2) Side 32-42. URL: <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3711/3589>

Øyen, Christine og Aina Skorpen. 2010. «Miljøterapi som kollektivt eller individrettet fenomen?» *En etnografisk studie av dagliglivet i et psykiatrisk sykehus i individualismens tidsalder* 11 (nummer: 3) side: 25-29. URL: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmloi/bitstream/handle/11250/150752/Oye.pdf?sequence=1>

Aadland, Einar. 2013. *Og Eg Ser På Deg*. Oslo: Universitetsforlaget

Aarre, Trond F. 2018. «Stemningslidelser» i *Psykiatri for helsefag*, redigert av Trond F. Aarre, Side: 135-162, Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg 1- Menneskets aktivitetsvaner de siste 150 000 årene



Vedlegg 2- Vernepleierens arbeidsmodell (Vera)

