

Magne Hem Stenersen

Ansatte sitt forhold til bruk av fysisk aktivitet som del av behandlingen i psykisk helsevern

Sett med utgangspunkt i holdninger, erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet, egne opplevde hindringer og mestringsforventninger

Masteroppgave i idrettsvitenskap

Seksjon for idrettsmedisinske fag

Norges idrettshøgskole, 2016

Sammendrag

Hensikt: Formålet med denne studien var å undersøke ansatte ved psykiatriske institusjoner sitt forhold til bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Det ble videre undersøkt om det var noen forskjeller mellom ulike grupper ansatte. I tillegg ble det sett på hvilke sammenhenger det var mellom ansattes holdninger, erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet, egne opplevde hindringer og mestringsforventninger.

Metode: For å samle inn data til denne studien ble det utviklet et spørreskjema med bakgrunn i tidligere spørreskjemaer, teori og ekspert konsensus. Ansatte ved døgnavdelinger fra tre psykiatriske sykehus og fire distriktpsykiatriske sentere (DPS) ble invitert til å delta i studien. Statistiske analyser ble gjort ved deskriptiv statistikk, uavhengige t-tester, enveis ANOVA, Pearsons korrelasjon og sekvensiell regresjonsanalyse.

Resultater: Totalt 219 ansatte returnerte spørreskjemaet. Det var høye gjennomsnittsskåre for kognitive og affektive komponenter av holdning, samt for mestringsforventning. Gjennomsnittet på skalaen om erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet var omtrent ved midtpunktet for skalaen. Manglende motivasjon blant pasientene ble ansett som den viktigste hindringen.

Ansatte ved DPS-ene opplevde signifikant større grad av hindringer og en høyere skåre på den kognitive holdningskomponenten, enn ansatte ved de psykiatriske sykehusene. Ansatte med 100 prosent stilling rapporterte signifikant mindre grad av opplevde hindringer enn deltidsansatte. Behandlingsansvarlig personal oppga signifikant mindre grad av opplevde hindringer enn både sykepleierne og andre pleiere/miljøpersonal. Ansatte under 30 år hadde signifikant høyere skåre på den kognitive holdningskomponenten enn de over 50 år. De deltakerne som oppga at det var ansatte med utdanning i FA/idrett ved institusjonen hadde signifikant høyere skåre på kognitive og affektive holdningskomponenter, signifikant mindre opplevde hindringer og negative erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet, enn de som ikke hadde ansatte med utdanning i FA/idrett.

Det var en positiv sammenheng mellom affektive og kognitive komponenter av holdning, samt mestringsforventning. Det var også en negativ sammenheng mellom opplevde hindringer og både den affektive holdningskomponenten og

mestringsforventning. En positiv sammenheng ble funnet mellom erfaringer med pasientgruppen og opplevde hindringer.

Konklusjon: Studien har vist at ansatte som jobbet ved psykiatriske institusjoner hadde et positivt forhold til bruk av fysisk aktivitet som del av behandlingen. Det ble likevel oppgitt flere hindringer, og spesielt hindringer blant pasientene ble ansett som viktige. Det var også flere forskjeller mellom ulike grupper ansatte. Det så ut til at det var flest forskjeller mellom de deltakerne som hadde/ikke hadde ansatte med utdanning i fysisk aktivitet/idrett ved institusjonen.

Tilslutt har studien vist at mestringsforventninger og affektive komponenter av holdning er viktig for den kognitive holdningskomponenten. Det kan også virke ut som mestringsforventninger og opplevde hindringer har en betydning for den affektive holdningskomponenten.

Forord

Ferdig, done, finito, acabado, fertig! Ordet smaker like godt på alle språk. Arbeidet med denne masteroppgaven har vært som å slenge seg med på en litt for stor berg og dalbane, som man etter hvert bare skulle ønske man kunne hoppe av, men som når man først er ferdig, egentlig er ganske stolt av å ha gjort. Selv om det har vært krevende har det vært en lærerik opplevelse jeg ikke ville vært foruten.

Jeg vil takke alle de ulike institusjonene som har deltatt i denne studien. Dere har vært svært velvillige til å svare på spørreskjemaet, og det er jeg takknemlig for. Uten dere ville ikke denne oppgaven eksistert.

En dame som fortjener en stor takk når jeg nå endelig skal levere denne masteroppgaven er min veileder Marit Sørensen. Du er fantastisk engasjert, har en positivitet uten like og har en kunnskap innenfor ditt fagfelt som få på denne kloden kan matche. Uten deg hadde denne oppgaven aldri blitt ferdig! Jeg har også vært så heldig å få bli kjent med deg utenom veilederrollen gjennom diverse andre prosjekter, makan til sporty dame skal man lete lenge etter! Tusen takk, Marit!

Både Anders Farholm og Marte Bentzen fortjener en takk for hjelp til å utforme spørreskjema, distribuere spørreskjema og hjelp med vrien statistikk.

Jeg vil gjerne takke mine flotte medstudenter for to fine år ved Norges idrettshøgskole. Dere er en gjeng med mye kunnskap, som jeg er helt sikker på at fremtidige arbeidsgivere vil få stor glede av.

En takk rettes også til mine venner. Gleder meg til å treffe dere igjen nå etter et par måneder med isolasjon.

Tilslutt fortjener min familie en stor takk! Dere har vært der i tykk og tynt, ikke bare gjennom skriveprosessen med denne masteroppgaven, men også gjennom hele mitt liv. Fytti rakker'n jeg er heldig som har dere!

Oslo, 29.mai 2016

Magne Hem Stenersen

Forkortelser

EMIQ-HP	Exercise in Mental Illness Questionnaire-Health Professionals
QPAEPM	Questionnaire on Physical Activity and Exercise for People with Mental Disorders
EOE	Exercise outcome expectancies
FA	Fysisk aktivitet
DPS	Distriktpsykiatrisk senter
VAS	Visuell analog skala

Innhold

Sammendrag	3
Forord	5
Forkortelser.....	6
Tabeller og figur	9
1.0 Innledning og bakgrunn for oppgaven.....	10
1.1 Innledning	10
1.2 Avklaring av sentrale begreper i oppgaven	11
1.3 Bakgrunn.....	12
1.3.1 Psykiske lidelser.....	12
1.3.2 Fysisk aktivitet	18
1.3.3 Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser.....	25
1.3.4 Ansattes rolle.....	26
1.3.5 Forskning på ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet i behandlingen.....	28
1.4 Formålet med studien	31
2.0 Teori	33
2.1 Holdningsteori	33
2.1.1 Hva er holdning (Få inn noe om at det er motivasjonelle tendenser)	33
2.1.2 Hvordan oppstår og forandres holdning.....	34
2.1.3 Holdning og atferd	35
2.2 Mestringsforventning.....	36
2.2.1 Hva er mestringsforventning.....	36
2.2.2 Mestringsforventning og funksjon	37
2.2.3 Kilder til mestringsforventning	37
2.3 Kort oppsummering av teori	38
3.0 Metode	39
3.1 Studiedesign.....	39
3.2 Utvalg.....	39
3.3 Design av spørreskjemaet	40
3.4 Måleinstrumenter	42
3.4.1 Måling av ansattes holdninger.....	42
3.4.2 Måling av ansattes opplevde hindringer.....	44
3.4.3 Måling av ansattes erfaringer	45
3.4.4 Måling av ansattes mestringsforventning.....	45

3.4.5 Måling av utvalgets karakteristikk og organisering av fysisk aktivitet.....	46
3.5 Gjennomføring.....	47
3.6 Statistiske analysetester	48
3.7 Etikk.....	49
4.0 Resultater.....	50
4.1 Deskriptiv statistikk	50
4.1.1 Skårer på skalaer og underskalaer.....	51
4.3 Gruffeforskjeller.....	54
4.3.1 Kjønnforskjeller.....	55
4.3.2 Forskjeller mellom behandlingsted	55
4.3.3 Forskjeller mellom stillingsprosent.....	55
4.3.4 Forskjeller mellom yrkesgrupper	56
4.3.5 Forskjeller mellom aldergrupper.....	56
4.3.6 Forskjeller med og uten ansatte med utdanning i FA/idrett	57
4.4 Sammenheng mellom de ulike skalaene	59
4.4.1 Korrelasjon.....	59
4.4.2 Regresjon.....	59
4.4.3 Oppsummering av resultatene	62
5.0 Diskusjon.....	64
5.2 Diskusjon av resultater.....	64
5.1.2 Ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling.....	64
Holdninger til bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsevern	64
5.1.3 Gruffeforskjeller	69
5.1.4 Sammenhenger mellom holdninger, erfaringer med pasientgruppen, opplevde hindringer og mestringsforventninger.....	72
5.2 Diskusjon av metode.....	74
5.2.1 Metodiske betraktninger.....	74
5.2.2 Vurdering av studiens validitet og reliabilitet	75
5.3 Praktisk betydning og videre forskning	77
6.0 Konklusjon	78
Referanseliste.....	79
Vedlegg.....	101

Tabeller og figur

Tabell 1.0: Deskriptiv data. Fordeling av alder, kjønn, yrkesgruppe, stillingsprosent, behandlingssted og svarandel som har/har ikke ansatte med utdanning i FA/idrett ved institusjonen (n=219).	50
Tabell 2.0: Gjennomsnitt, standardavvik, minimum og maksimum verdier for skalaene og de ulike underskalaene.	52
Tabell 3.0: Forskjeller med å rapportere å ha ansatte i FA/idrett ved institusjonen eller ikke ha ansatte med utdanning i FA/idrett.....	58
Tabell 4.0: Sammenhenger mellom de ulike skalaene testet ved Pearsons r.	59
Tabell 5.0: Sekvensiell multippel regresjonsanalyse.	61
Figur 1. Den hypotetiske modellen med forklarende variabler som ble funnet ved sekvensiell multippel regresjonsanalyse.....	62

1.0 Innledning og bakgrunn for oppgaven

1.1 Innledning

Psykiske lidelser er utbredt. Rundt en fjerdedel av den globale sykdomsbyrden kan tilskrives psykiske lidelser (Nes & Clench-Aas, 2011). Dette kan gi utslag i både økt arbeidsuførhet og mortalitet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009a). I følge Colton & Manderscheid (2006) skyldes de fleste av dødsfallene, blant mennesker med psykiske lidelser, naturlige årsaker i form av hjerte- og karsykdommer, kreft og lungesykdommer. Forekomsten av livsstilssykdommer er høyere for personer med psykiske lidelser sammenlignet med den generelle befolkningen. En del av disse livsstilssykdommene kan skyldes at personer med psykiske lidelser har en destruktiv atferd i form av både dårlige matvaner og fysisk inaktivitet (Richardson et al., 2005).

Økt fysisk aktivitet er et viktig mål for å forbedre folkehelsen (Helsedirektoratet, 2014a). Flere studier har vist at fysisk aktivitet er gunstig for å redusere sannsynligheten for å utvikle alvorlige psykiske lidelser, redusere og øke kontroll over symptomer, forbedre den fysiske helsen samt øke livskvaliteten for personer med psykiske lidelser (Rosenbaum, Tiedemann, Sherrington, Curtis & Ward, 2014b; Mammen & Faulkner, 2013) Med utgangspunkt i dette er det viktig å undersøke hvordan man kan implementere fysisk aktivitet som en del av behandlingen for personer med psykiske lidelser.

Det er hevdet at ansatte ved psykiatriske institusjoner har sentrale roller for å fremme bruk av fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser (Theologia, Evangelos & Lambrini, 2015; Happell, Platania-Phung & Scott, 2013; Robson & Haddad, 2012; Howard & Gamble, 2010). Mennesker med psykiske lidelser vil ofte trenge støtte og bistand for å gjennomføre fysisk aktivitet (Mykletun, et al., 2009a). Ansatte ved psykiatriske institusjoner vil derfor kunne ha en avgjørende rolle i å motivere brukerne til aktivitet (Helsedirektoratet, 2010). Ifølge Stanton, Happell & Reaburn (2014a) er det sentralt å vite noe om ansattes kunnskap, holdninger, trosoppfatninger og atferd til bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid for å kunne lykkes med å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Det vil i så måte være relevant å undersøke hvilket forhold en større gruppe av ansatte ved psykiatriske institusjoner har til bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen for mennesker med psykiske lidelser.

Tidligere studier indikerer at ansatte ved psykiatriske institusjoner har positive holdninger til bruk av fysisk aktivitet som del av behandlingen (Stanton, Happell & Reaburn, 2015; Theologia, Evangelos & Lambrine, 2015; Soundy, Stubbs, Probst; Hemmings & Vancampfort, 2014; Stubbs et al., 2014b; Harding, 2013; Robson, Haddad, Gray & Gournay, 2013; Happell, Scott, Platania-phung & Nakviell, 2012b; Howard & Gamble, 2011; Burton, Pakenham & Brown, 2010; Phongsavan, Merom, Bauman & Wagener, 2007; Faulkner & Biddle, 2002). Det finnes likevel flere begrensninger i forskningen. Det er utviklet få gode spørreskjemaer som har tatt utgangspunkt i psykologiske teorier, det er liten kunnskap om ulike grupper av ansatte og det er ikke gjennomført noen store kvantitative studier i Norge. Det trengs derfor mer kunnskap om dette innenfor forskning i psykiatrisk behandling.

1.2 Avklaring av sentrale begreper i oppgaven

I denne delen gis en kort innføring i sentrale begreper i oppgaven. Dette er gjort for å klargjøre min tolkning av disse begrepene.

Begreper	Avklaringer
Fysisk aktivitet	«Enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Lærum et al., 2008, s.73).
Ansatte ved psykiatriske institusjoner	Personer som er ansatt ved døgnavdelinger på enten psykiatriske sykehus eller distriktpsykiatriske sentere (DPS).
Forhold til bruk av fysisk aktivitet	Ansattes holdninger, erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet, opplevde hindringer og mestringsforventning til å anbefale, gjennomføre eller gi råd om fysisk aktivitet til personer med psykiske lidelser.
Forskjeller blant ulike grupper i utvalget	Forskjeller mellom ulike yrkesgrupper, aldersgrupper, kjønn, behandlingssted, stillingsprosent og om institusjonen har ansatte med utdanning i fysisk aktivitet/idrett eller ikke.

Holdning	«En psykologisk tendens som er uttrykt ved en positiv eller negativ evaluering av et spesifikt objekt» (Egen oversettelse fra Eagly & Chakien, 1993, s. 1).
Mestringsforventning	«Tilknyttet en spesifikk situasjon og handler om tro på egne evner til å organisere og utføre den handlingen som kreves for å nå ønsket mål» (Egen oversettelse fra Bandura, 1986, s.391).
Hindring	«Opplevde vanskeligheter som begrenser muligheten til å fremme fysisk aktivitet» (Egen oversettelse fra Sutton, 2002, s. 2).
Erfaring	«Viten man har opparbeidet gjennom egne opplevelser av kunnskap, motivasjon og utfordringer blant mennesker med psykiske lidelser» (Egen oversettelse fra Biddle & Mutrie, 2007).

1.3 Bakgrunn

I følgende del presenteres bakgrunnsinformasjonen for denne oppgaven. Dette vil bli gjort ved å gi et innblikk i hva psykiske lidelser og fysisk aktivitet omhandler, samt forholdet dem imellom. Det vil deretter spisses inn mot formålet med denne oppgaven, der ansattes roller, tidligere forskning og begrensninger i forskningen vil bli presentert.

1.3.1 Psykiske lidelser

Definisjon av psykiske lidelser

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2015a). Med psykiske plager menes tilstander som oppleves som belastende, og ofte medfører redusert livskvalitet. Symptombelastningene er likevel ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser. Psykiske lidelser brukes derimot bare når symptombelastningen er så stor at det kan stilles en diagnose (Helsedirektoratet, 2015a, s.27). Psykiske lidelser inkluderer flere sykdomstilstander som blant annet affektive lidelser, angst lidelser, spiseforstyrrelser, schizofreni og andre psykoser (Helsedirektoratet, 2015b). Det som er felles for alle psykiske lidelser er at de har en innvirkning på følelser, tanker, atferd, væremåte og omgang med andre (Mykletun et al., 2009a, s. 15). Dette fører ofte til passivitet, sosial isolasjon og usunne levevaner som

fysisk inaktivitet og dårlig kosthold (Folkehelseinstituttet, 2010; Brown, Birtwistle, Roe & Thompson, 1999). Det er likevel stor variasjon i både symptomer og karakteristikker ved ulike psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2015b).

Det brukes klassifiseringssystemer for å skille mellom psykiske lidelser. I Norge brukes International Classification of Diseases (ICD-10) som verktøy for å diagnostisere psykiske lidelser (Kringlen, 2012). ICD-10 er laget av verdens helseorganisasjon (WHO) og inneholder retningslinjer og koder for å kartlegge ulike diagnoser (Helsedirektoratet, 2015b). Et lignende klassifiseringssystem er Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5 (DSM-5). DSM-5 ble ferdig utviklet i 2013 og brukes blant annet i USA (American Psychiatric Association, 2013). Formålet med å sette en psykiatrisk diagnose er å formidle et bilde av pasientens symptomatologi, sosiale funksjon og iblant prognose (Kringlen, 2012). Diagnostisering har derfor svært stor påvirkning på hvordan psykiatrisk behandling foregår (Kendell & Jablensky, 2003).

Forekomst av psykiske lidelser

I følge verdens helse organisasjon (WHO) vil omfanget av psykiske lidelser øke i årene som kommer (WHO, 2014). Av de største norske kartleggingsstudiene er det sett at 16,5 til 32,8 prosent av befolkningen tilfredsstillende diagnostiske kriterier for minst en psykisk lidelse i løpet av en 12 måneders periode (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2006; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). I de samme studiene er det rapportert at livstidsprevalensen for psykiske lidelser var i overkant av 30 prosent i Sogn og Fjordane (Kringlen et al., 2006), mens det i Oslo ble sett en livstidsprevalens på 52,4 prosent (Kringlen et al., 2001). I en landsdekkende tvillingstudie gjort av Folkehelseinstituttet på unge voksne, i alderen 19 til 36 år, ble det sett at livstidsprevalensen for psykiske lidelser var 45,9 prosent (Mykletun et al., 2009a).

Ifølge Nes & Clench-Aas (2011) er forekomsten av psykiske lidelser i europeiske land og USA likt tall fra Norge. I en stor amerikansk kartleggingsstudie oppfylte 26,2 prosent av den voksne amerikanske befolkningen kravene for minst en psykisk lidelse i løpet av en 12 måneders periode (Kessler, Chiu; Demler & Walters, 2005b), mens livstidsprevalensen var 46,4 prosent (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005a). Til sammenligning ble det i en europeisk kartleggingsstudie, som inkluderte Belgia, Frankrike, Tyskland, Italia, Nederland og Spania, rapportert noe lavere livstidsprevalens med 25,2 prosent (Alonso & Lepine, 2007).

Studier basert på globale kartlegginger gir også et bilde av hvilken utbredelse psykiske lidelser har i det internasjonale samfunn. I følge en rapport laget av Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) lider cirka 20 prosent av den yrkesaktive aldersgruppen, det vil si fra 16 til 64 år, i OECD-landene av psykiske lidelser til enhver tid (OECD, 2012). I en global metaanalyse av Steel et al., (2014) ble det sett at en av fem voksne opplever en av de vanligste psykiske lidelsene i løpet av en 12 måneders periode, mens livstidsprevelansen ligger på 29,2 prosent.

I Norge er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser de klart mest utbredte psykiske lidelsene (Mykletun et al., 2009a; Kringlen et al., 2006; Kringlen et al., 2001).

Beregninger gjort på bakgrunn av disse studiene viser at 30 prosent av befolkningen vil få en angstlidelse, 25 prosent en stemningslidelse og mellom 10 til 20 prosent vil få en ruslidelse i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2014). Totalt sett viser tall fra norske og internasjonale studier at forekomsten av psykiske lidelser er litt høyere blant kvinner enn menn (Mykletun et al., 2009a). Ut i fra spesifikke diagnoser ser det derimot ut til at menn har en høyere forekomst av rusrelaterte lidelser, mens kvinner har betydelig høyere forekomst av angst og depressive lidelser (Mykletun et al., 2009a).

Selv om prevalenstallene for psykiske lidelser er svært høye, bør det likevel tas i betraktning at diagnosesystemene favner bredt og at noe av de høye forekomsttallene må forstås utfra dette (Helsedirektoratet, 2015a). Videre viser tall fra levekårsundersøkelsene i 1998, 2002, 2005 og 2008 at det på sikt ikke finnes noen indikasjon på en endring i forekomst av psykiske plager og lidelser blant voksne i Norge (Nes & Clench-Aas, 2011). Det kan derimot se ut til at det er en økning blant unge og at stadig flere unge bruker antidepressiva (Hartz, Skurtveit, Steffenak, Karlstad & Handal, 2016). WHO (2011) påpeker også at psykiske lidelser globalt sett vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i 2030.

Årsaker til psykiske lidelser

Årsakene til at mennesker utvikler psykiske lidelser kan være mange og det er liten kunnskap om enkeltårsakene. Det er likevel sett at både genetiske og miljømessige faktorer kan øke risikoen for å utvikle psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2011). I følge Kringlen (2012) er genetikk og miljø komplementære størrelser, fordi den ene er utenkelig uten den andre. Det kan se ut til at genetiske faktorer kan fungere som «felles sårbarhetsfaktorer eller beskyttende faktorer, mens livshendelser og andre miljøfaktorer bidrar til hvilke spesifikke lidelser som utvikles» (Mykletun et al., 2009a, s. 25). Studier

har vist at psykiske lidelser som angst og depresjon kan ha en arvelighet på mellom 30 til 40 prosent (Hetteama, Prescott, Myers, Neale & Kendler, 2005; Bouchard, 2004; Kendler, 2001; Kendler, 1997), mens bipolar affektiv lidelse og schizofreni har en arvelighet fra 60 til 80 prosent (Edvardsen et al., 2008; Sullivan, Kendler & Neale, 2003). Når det gjelder miljøfaktorer for utvikling av psykiske lidelser vil trolig flere risikofaktorer samlet øke sannsynligheten for at psykiske lidelser oppstår (Mykletun et al., 2009a). Det er derfor svært vanskelig å kunne trekke frem en enkelt faktor for utvikling av en psykisk lidelse. Både arbeidsledighet (Jin, Shah & Svoboda, 1995), lav sosioøkonomisk status (Dalgard, Mykletun, Rognerud, Johansen & Zahl, 2007), samlivsproblemer (Myklestad, Rognerud & Johansen, 2008), ensomhet (Dalgard, 2006), traumatiske opplevelser (Bendall, S., Jackson, Hulbert, & McGorry, 2008), røyking (Pasco et al., 2008), bruk av rusmidler (Ajdacic-Gross, 2014) og fysisk inaktivitet (Martinsen, 2000) er blitt foreslått som risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser.

Konsekvenser av psykiske lidelser

Konsekvensene av psykiske lidelser kan bli svært alvorlige. Flere studier rapporterer at mennesker med psykiske lidelser har økt risiko for prematur død (Chesney, Goodwin & Fazel, 2014; De Hert et al., 2011; Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler & Laursen, 2011). I en norsk studie ble det sett at depresjon gav omtrent samme sannsynlighet for prematur død som røyking (Mykletun et al., 2009b). Tall fra Danmark, Sverige og Finland viser også at mennesker med psykiske lidelser i gjennomsnitt lever 15 år kortere for kvinner og 20 år kortere for menn sammenlignet med den generelle befolkningen (Nordentoft et al., 2013). Den økte dødeligheten er mindre tydelig for angstlidelser (Mykletun, et al., 2009b). Den nære sammenhengen mellom angst og depresjon gjør det likevel vanskelig å konkludere med at angstlidelser ikke er assosiert med økt risiko for tidlig død (Mykletun et al., 2009a).

I følge Bostwick & Pankratz (2000) er risikoen for selvmord høyere for personer med affektive lidelser enn for den generelle befolkningen. Det er likevel hevdet at kun en liten andel av den økte dødeligheten kan forklares gjennom selvmord (Mykletun et al., 2009b). Nordentoft et al., (2013) trekker frem at redusert levetid blant mennesker med psykiske lidelser i hovedsak kan forklares ut i fra en høy risiko for utvikling av somatiske sykdommer. Det er sett at 60 til godt over 70 prosent av dødeligheten blant mennesker med psykiske lidelser kan tilskrives somatiske sykdommer (Lawrence, Hancock & Kisely, 2013; Parks, Svendsen, Singer & Foti, 2006). Flere studier viser til

at personer med alvorlige psykiske lidelser har, sammenlignet med den generelle befolkningen, økt risiko for overvekt og fedme (Saarni et al., 2009; Petry, Barry, Pietrzak & Wagne, 2008; Simon et al., 2006). Utvikling av fedme og overvekt vil igjen kunne gi en forhøyet risiko for hjerte-og karsykdom, diabetes type II, metabolsksyndrom og visse former for kreft (Rössner, 2008).

For mennesker med psykiske lidelser er hjerte- og karsykdom den vanligste dødsårsaken (De Hert et al. 2011). Det er sett at forekomsten av hjerte- og karsykdom er to til tre ganger høyere for mennesker som lider av schizofreni og bipolar lidelse enn for den generelle befolkningen (Bresee, Majumdar, Patten & Johnson, 2010; Laursen et al., 2009; Osborn et al., 2007). Mennesker med alvorlig depresjon kan på sin side ha opp mot 50 prosent større risiko for å utvikle hjerte- og karsykdom sammenlignet med den generelle befolkningen (De Hert et al., 2011). I tillegg til dette har mennesker med psykiske lidelser en høy forekomst av diabetes type II. For mennesker med schizofreni og bipolarlidelse er forekomsten av diabetes type II to til tre ganger høyere enn for den generelle befolkningen (De Hert et al., 2009; Bushe & Holt, 2004), mens det er sett at mennesker med depresjon har over to ganger så stor risiko for å utvikle diabetes type II (Mezuk, Eaton, Albrecht & Golden, 2008; Golden et al., 2004). Når det gjelder risikoen for kreft blant mennesker med psykiske lidelser er forskningen noe uklar (De Hert et al. 2011). Enkelte studier viser til en reduksjon i risikoen for utvikling av kreft, noen studier viser ingen forskjell i risikoen, mens andre studier igjen viser en økning i risikoen for kreft, da spesielt blant mennesker med schizofreni (De Hert et al. 2011). Det er foreslått at som følge av at mennesker med psykiske lidelser lever kortere enn den generelle befolkningen, dør de før risikoen for utviklingen av kreft er høyest (Robson & Gray, 2007). Den økte risikoen for utviklingen for flere av disse livsstilssykdommene, blant mennesker med psykiske lidelser, kan sees i sterk sammenheng med usunne levevaner. Fysisk aktivitet er påvist å ha god forebyggende og rehabiliterende effekt på både diabetes, visse former for kreft, hjerte og-karsykdom og metabolsk syndrom (Heath et al., 2012). En økning i fysisk aktivitetsnivå vil derfor være gunstig for mennesker med psykiske lidelser.

Ved siden av å føre til økt sykkelighet og dødelighet kan psykiske lidelser medføre en betydelig redusert funksjonsevne i hjem, skole og arbeid (Major et al., 2011). Denne reduserte funksjonsevnen er også sett i sterk tilknytning til tap av livskvalitet. I tillegg til dette vil redusert funksjonsevne ha store økonomiske konsekvenser. I Norge er det

anslått at de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene ved psykiske lidelser er på 60 til 70 milliarder kroner (Major et al., 2011). Disse kostnadene omfatter tapt arbeidsfortjeneste, sykepenger, trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingskostnader (Major et al., 2011). Sykefravær som skyldes psykiske lidelser har vært økende i de siste årene (Mykletun et al., 2009a). Omtrent 15 prosent av alle sykefraværstilfeller i fjerde kvartal i 2014 skyldtes psykiske lidelser (Nygaard, 2015). I tillegg til dette viser tall fra 2012 at nesten hver tredje uførepensjon er som følge av en psykisk lidelse (Ellingsen & Lindbøl, 2014).

Behandling i psykisk helsevern

Offentlig helsehjelp for mennesker med psykiske lidelser skjer enten i primærhelsetjenesten, i form av fastlege og kommunens helse- og omsorgstjeneste, eller i spesialisthelsetjenesten (Sosial og Helsedirektoratet, 2006). Psykisk helsevern, som denne oppgaven omfatter, er psykiske helsetjenester i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014b). Behandling av personer over 18 år med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er fordelt mellom distrikt psykiatriske sentere (DPS) og psykiatriske sykehus. DPS-enes hovedoppgaver er tilknyttet lokale akutt- og krisetjenester, spesialisert utredning og behandling, samarbeid og rådgivning i tilknytning til kommunene og psykiatriske sykehus, samt ivareta kontinuiteten innad i spesialisthelsetjenesten (Sosial og Helsedirektoratet, 2006, s. 15). Sykehusene skal på sin side gi øyeblikkelig hjelp i henhold til loven om spesialisthelsetjenesten, ta imot pasienter som trenger opphold i lukket avdeling eller sikkerhetsavdeling, behandle pasienter med særdeles vanskelige og kompliserte psykiske lidelser, behandle kompliserte alderspsykiatriske tilstander, og samarbeide med DPS-ene og kommunene (Sosial og Helsedirektoratet, 2006, s. 15). Det er alvorlighetsgraden av pasientens helsetilstand og atferd mer enn diagnosen som bestemmer om pasientene blir innlagt ved sykehus fremfor DPS (Ruud & Gråwe, 2007).

Både medikamenter, elektrokonvulsjonsbehandling, ulike former for samtaleterapi og sosiale tiltak anvendes i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser (Kringlen, 2012). Globalt sett er medisiner og psykoterapi de vanligste metodene i psykiatrisk behandling (Morgan, Jorm & Reavley, 2013; Dalgard, 2008). Disse behandlingsmetodene har vist seg å kunne gi gode effekter i å redusere symptomer på psykiske lidelser (Kringlen, 2012; Abbass et al., 2006). På den andre siden finnes det flere utfordringer knyttet til disse behandlingsformene. Medisiner er kostbart og i tillegg

til dette kan de føre med seg flere bivirkninger, som for eksempel sløvhets og vektoppgang (Newcomer, 2007). Når det gjelder samtalebehandling er kapasiteten langt mindre enn behovet, slik at mange mennesker med psykiske lidelser ikke får den hjelpen de trenger (Martinsen, 2011). Det kreves derfor alternative behandlinger som er billige og kan gi gode effekter for fysisk og psykisk helse blant mennesker med psykiske lidelser. Fysisk aktivitet er foreslått som et slikt behandlingstilbud (Bjørnstadjordet, 2009). I følge Callaghan (2004) har fysisk aktivitet tradisjonelt sett vært undervurdert ved behandling av psykiatriske pasienter. Martinsen & Taube (2008) trekker frem at fysisk aktivitet kan utgjøre en viktig rolle som et ledd i et helhetlig behandlingstilbud. De nevner likevel at fysisk aktivitet trolig ikke kan erstatte tradisjonell behandling. Fysisk aktivitet kan derimot fungere som et godt behandlingstilbud i kombinasjon med medikamenter og psykoterapi, og kan øke tilgjengeligheten for helsehjelp for mennesker med psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

1.3.2 Fysisk aktivitet

Definisjon av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan defineres på ulike måter, men i internasjonal litteratur blir fysisk aktivitet ofte omtalt som «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Lærum et al., 2008, s.73). Med bakgrunn i dette omfavner fysisk aktivitet mange terminologier og kan i så måte sies å være et paraplybegrep. Både mosjon, friluftsliv, lek, arbeid, kroppsøving, fysisk fostring m.fl. havner inn under begrepet fysisk aktivitet (Lærum et al., 2008, s.73). Omtrent all aktivitet utover søvn og hvile kan forstås som fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2015c). Fysisk aktivitet og trening er begreper som ofte er blitt forvekslet med hverandre. Det er likevel nødvendig å skille dem fra hverandre (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Trening har en snevrere definisjon og forstås ofte som «aktivitet som er planlagt, strukturert og repetitiv (det vil si gjentas regelmessig) i den hensikt å forbedre eller opprettholde en eller flere komponenter av den fysiske formen» (Nerhus, Anderssen, Lerkelund & Kalle, 2011, s.150). Med utgangspunkt i dette er all trening fysisk aktivitet, men all fysisk aktivitet er ikke trening. I denne oppgaven har vi tatt utgangspunkt i fysisk aktivitet.

Anbefalinger om fysisk aktivitet

I 2014 kom Helsedirektoratet med nye anbefalinger for fysisk aktivitet som er basert på Nordic Nutrition Recommendations (Helsedirektoratet, 2014a). Ut i fra disse anbefalingene bør voksne i alderen 18 til 64 år være «fysisk aktive med minimum 150 minutter moderat intensitet per uke eller minimum 75 minutter med høy intensitet per uke» (Helsedirektoratet, 2014a, s 12). For å gjøre det enklere å nå kravene for tid brukt på fysisk aktivitet per uke, så kan aktivitetstiden deles opp i bolker på minst 10 minutters varighet. En ytterligere helsegevinst kan nås ved å øke den moderate fysiske aktiviteten inntil 300 minutter i uken, eller utføre inntil 150 minutter fysisk aktivitet av høy intensitet i uken eller en tilsvarende kombinasjon av moderat og høy intensitet. I tillegg til dette bør variert fysisk aktivitet inkluderes, og aktiviteter som påvirker styrken i de store muskelgruppene bør gjennomføres to eller flere ganger i uken. Et vesentlig fokus med anbefalingene handler også om å redusere stillesittende tid (Helsedirektoratet, 2014a, s. 12).

Fysisk aktivitetsnivå i den generelle befolkningen

Både internasjonale og norske studier indikerer at aktivitetsnivået i den generelle voksne befolkningen er lavt. I en global studie av Hallal et al. (2012) ble det tatt utgangspunkt i 122 forskjellige land. Det ble det sett at over 30 prosent av den globale populasjonen var fysisk inaktive, basert på de samme anbefalingene som brukes i Norge (Hallal et al., 2012). I samme studie rapporteres det også at over 40 prosent av den voksne befolkningen er stillesittende mer enn 4 timer per dag. Befolkningen i Europa er klart mest stillesittende, der litt over 64 prosent av befolkningen er stillesittende i mer enn 4 timer per dag (Hallal et al. 2012). Disse tallene er basert på selvrapporing. Det kan derfor tenkes at det faktiske aktivitetsnivået er lavere ettersom en overrapportering av fysisk aktivitet er vanlig (Sallis & Saelens, 2000). I en norsk kartleggingsstudie ble det brukt akselerometeret for å måle aktivitetsnivået. Funn indikerte at kun 32 prosent av den generelle voksne befolkningen i Norge tilfredsstiller Helsedirektoratets anbefalinger omkring fysisk aktivitet (Hansen, Kolle & Anderssen, 2014). I tillegg til dette rapporteres det at 62 prosent av tiden i våken tilstand tilbringes stillesittende (Hansen et al., 2014).

Fysisk aktivitetsnivå blant mennesker med psykiske lidelser

Det er hevdet at mennesker med psykiske lidelser er mindre fysisk aktive sammenlignet med den generelle befolkningen (Richardson et al., 2005). Både utenlandske og norske studier bekrefter dette (Janney et al., 2014; Nyboe & Lund, 2012; Ussher, Stanbury,

Cheeseman & Faulkner, 2007; Daumit, 2005). To studier gjennomført i England viste at rundt 30 prosent av mennesker med psykiske lidelser ikke deltok i noen form for fysisk aktivitet (Smith et al., 2007; Brown et al., 1999). Lignende funn så også Davidson et al., (2001). Det ble i tillegg sett at mennesker med psykiske lidelser var svært lite i høy intensiv fysisk aktivitet sammenlignet med den generelle befolkningen. Dette samsvarer med funnene som Daumit et al., (2005) gjorde der det ble sett at flere mennesker med psykiske lidelser rapporterte gåturer som deres eneste form for fysisk aktivitet. Det ser også ut til at aktivitetsnivået reduseres i tilknytning til alvorlighetsgraden på de psykiske lidelsene, slik at aktivitetsnivået er lavest for de mest alvorlige psykiske lidelsene (Australian Institute of Health and Welfare 2012; Bonsaksen & Lerdal, 2012; Bradshaw & Pedley 2012). Det er foreslått at symptomer på psykiske lidelser og bieffekter av medisiner kan være faktorer som reduserer både intensiteten og nivået av fysisk aktivitet blant mennesker med psykiske lidelser (Daumit et al., 2005). Med utgangspunkt i dette er det svært få mennesker med alvorlige psykiske lidelser som oppfyller anbefalinger om minimum 150 minutter med moderat fysisk aktivitet i uken (Jerome et al, 2009).

Fysisk aktivitet i forebygging av psykiske lidelser

Ut i fra et vitenskapelig perspektiv er det flere studier som viser til at det finnes en assosiasjon mellom fysisk aktivitet og psykisk helse, og at en høyere andel fysisk aktivitet generelt er assosiert med bedre psykisk helse (Harvey Hotopf, Øverland & Mykletun, 2010; Abu-Omar, Rütten & Lehtinen, 2004; Steptoe & Butler, 1996). I en kartleggingsstudie av Goodwin (2003) ble det sett at regelmessig fysisk aktivitet var assosiert med mindre risiko for å utvikle depresjon, sosial fobi, spesifikke fobier og agorafobi. Til sammenligning gjennomførte Paffenbarger, Lee & Leung (1994) en longitudinell studie av 10201 menn over 25 år, hvor det ble sett at det var en negativ korrelasjon mellom høyere fysisk aktivitetsnivå og depresjon. Flere andre longitudinelle studier trekker også frem at fysisk aktivitet trolig har en forebyggende effekt på utviklingen av psykiske lidelser (Ströhle et al. 2007; Strawbridge et al, 2002; Farmer et al. 1988). Martinsen (2008) hevder likevel at man skal være forsiktig med å trekke konklusjoner om at fysisk aktivitet forebygger psykiske lidelser. Det er for eksempel mulig at fysisk aktive personer i utgangspunktet har flere ressurser, og derfor vil ha redusert risiko for å utvikle psykiske lidelser, uavhengig av det fysiske aktivitetsnivået. Det er også gjennomført få longitudinelle studier på effekten av fysisk aktivitet på andre psykiske lidelser enn depresjon.

Fysisk aktivitet som del av behandlingen for mennesker med psykiske lidelser

Fysisk aktivitet og fysisk komorbiditet

Komorbiditet er svært vanlig blant mennesker med psykiske lidelser (Mykeltun et al., 2009). Det er for eksempel sett at over 60 % av mennesker med psykiske lidelser i tillegg lider av en somatisk sykdom (Richardson et al. 2005). I følge de Hert et al., (201) kan dette blant annet skyldes en usunn livsstil, ved for eksempel fysisk inaktivitet. En inaktiv livsstil er forbundet med økt risiko for utvikling av overvekt og fedme, belastningsskader, hjertesykdommer, visse former for kreft og tidlig død (Helsedirektoratet, 2014a). For å forebygge utviklingen av slike livsstilssykdommer og tidlig død er det vesentlig å ta aktive valg og redusere andelen av stillesitting (Helsedirektoratet, 2014a). Med tanke på at mennesker med psykiske lidelser i større grad enn den generelle befolkningen er inaktive og stillesittende, samt at komorbiditet og bivirkninger av medisiner er svært vanlig, så er det spesielt viktig å oppfordre til økt fysisk aktivitet blant denne populasjonen (Scott & Happell, 2011; Faulkner & Carless, 2006).

Som en konsekvens av blant annet fysisk inaktivitet er mennesker med psykiske lidelser ofte i dårlig fysisk form (Heggelund, Hoff, Morken og Helgerud, 2011; Smith et al, 2007). I følge Richardson et al. (2005) er det derfor viktig å bedre mennesker med psykiske lidelser sin fysiske form. I en åtte uker lang intervensjonsstudie av Heggelund et al., (2011) ble pasienter med schizofreni delt i en treningsgruppe, som trente 4*4 utholdenhetstrening på 80 til 95 prosent av makspuls tre ganger i uken, og en kontrollgruppe uten fysisk aktivitet. Resultatene viste at de som deltok i treningsgruppen fikk en signifikant økning i VO_2 peak på 12 prosent, mens kontrollgruppen ikke hadde noen signifikant fremgang. Andre studier på pasienter med schizofreni har i tillegg sett at fysisk aktivitet kan bedre fysisk form gjennom bedring i blodtrykk, reduksjon i kroppsvekt og reduksjon i fettprosent (Marzolini, Jensen & Melville, 2009; Beebe et al, 2005; Fogarty & Happell, 2005). Funn i fra studier på pasienter med depresjon tyder også på at fysisk aktivitet kan bedre fysisk form blant denne populasjonen (Krogh et al., 2014; Martinsen, Hoffart & Solberg, 1989). I følge Robson & Gray (2007) kan trolig mennesker med psykiske lidelser forbedre sin fysiske form på lik linje med den generelle befolkningen som følge av fysisk aktivitet.

En forbedring i fysisk form vil være med å redusere risikoen for å utvikle livsstilssykdommer og tidlig død blant mennesker med psykiske lidelser. I følge

Callaghan (2004) kan de største helsegevinstene av fysisk aktivitet oppnås av personer som er i dårlig fysisk form. Med tanke på at mennesker med psykiske lidelser ofte er i dårlig fysisk form, vil en liten økning i det fysiske aktivitetsnivået kunne gi stor reduksjon i risikoen for en rekke livsstilsykdommer og tidlig død. I en studie av Blair et al. (1995) ble det sett at personer som gikk fra å være i dårlig fysisk form til god fysisk form over en 5 års periode reduserte risikoen for tidlig død med 44 prosent sammenlignet med personer som ikke bedret sin fysiske form. Flere studier indikerer at en energiomsetning på 1000 kcal per uke, som følge av fysisk aktivitet med moderat intensitet (tilsvarende 150 minutter per uke), er assosiert med betydelig redusert risiko for utvikling av hjerte- og karsykdommer og tidlig død (Manson et al., 2002; Lee, Rexrode, Cook, Manson & Buring, 2001; Sesso, Paffenbarger & Lee, 2000). Disse funnene er svært relevante for mennesker med psykiske lidelser ettersom hjerte- og karsykdom er den vanligste dødsårsaken for denne populasjonen. Det er også vel kjent at en økning i aktivitetsnivået kan redusere risikoen for å utvikle diabetes type II (Gill & Cooper, 2008), visse former for kreft (Kushi et al. 2012) og overvekt og fedme (Littman, Kristal & White, 2005). Det er derfor foreslått at en økning i aktivitetsnivået vil være med å redusere risikoen for utvikling av livsstilsykdommer for mennesker med psykiske lidelser (Richardson et al., 2005). I følge Faulkner & Biddle (1999) bør de fysiske helsegevinstene av å øke aktivitetsnivået være nok til at fysisk aktivitet bør prioriteres i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser.

Fysisk aktivitet og psykisk helse

I følge Rosenbaum et al., (2014b) vil fysisk aktivitet kunne bidra til en bedring av livskvaliteten for mennesker med psykiske lidelser. I en kartleggingsstudie av Schmitz, Kruse & Kugler (2004) ble det sett at affektive, angstrelaterte og rusrelaterte lidelser var assosiert med lav helserelatert livskvalitet. I studien ble det videre sett at et høyere fysisk aktivitetsnivå var assosiert med høyere helserelatert livskvalitet blant mennesker med psykiske lidelser. Funn i en reviewstudie av Alexandratos, Barnett & Thomas (2012) tyder også på at livskvaliteten blant mennesker med psykiske lidelser kan bedres ved deltakelse i regelmessig fysisk aktivitet. I følge Alexandratos et al., (2012) kan bedring i livskvalitet som følge av deltakelse i fysisk aktivitet skyldes at fysisk aktivitet er med å redusere sosial isolasjon, gi en følelse av å gjøre noe meningsfullt og er en målrettet aktivitet for mennesker med psykiske lidelser.

Med tanke på at mennesker med psykiske lidelser i større grad enn den generelle befolkningen har destruktive vaner i form av dårlig kosthold, røyking og inaktivitet, så kan fysisk aktivitet være hensiktsmessig for å bryte opp med dette mønsteret (Scott & Happell, 2011; Faulkner & Carless, 2006). Ifølge Martinsen (2000) vil endring i atferd som følge av økt fysisk aktivitet kunne fungere som hjelp til selvhjelp. Det er hevdet at dette vil føre til at mennesker med psykiske lidelser opplever økt selvtillit, selvkontroll, større grad av involvering, tro på å takle egen problemer, samt redusert stress og muskelspenninger (Crone, 2007). Det er også foreslått at fysisk aktivitet kan fungere som en distraksjon fra sykdomsbilde og gi glede og spenning i hverdagen for mennesker med psykiske lidelser (Carless & Faulkner, 2003). I tillegg til dette trekker Carless (2007) frem at gjennom å være fysisk aktive kan mennesker med psykiske lidelser oppnå en følelse av å være «normale», og at dette kan være med å gjenskape en følelse av en tidligere identitet som var der før sykdommen. I følge Corrigan & Watson (2002) har mennesker med psykiske lidelser også ofte et dårlig forhold til egen kropp. Fysisk aktivitet vil kunne øke kroppsbevisstheten som kan føre til bedre selvfølelse og forhold til egen kropp for mennesker med psykiske lidelser (Beebe et al., 2005). Alle disse virkningsmekanismene vil trolig ha en gunstig effekt på mennesker med psykiske lidelser sin psykiske helse.

Fysisk aktivitet og symptomer på psykiske lidelser

Affektive lidelser

Flere studier trekker frem at fysisk aktivitet reduserer symptomer på depresjon (Rimer et al., 2012; Robertson, Robertson, Jepson & Maxwell, 2012; Dinas, Koutedakis & Flouris, 2011). I en metaanalyse av Rethorst, Wipfli & Landers (2009) viste 58 av 75 randomiserte kontrollerte studier en reduksjon i depresjonssymptomer sammenlignet med ingen behandling. Det er også sett at effekten av fysisk aktivitet kan sammenlignes med effekten av antidepressiva og psykoterapi for mennesker med alvorlig depresjon (Cooney et al., 2013; Blumenthal et al., 2007). I en studie av Babyak et al. (2000) ble langtidseffekten av fysisk aktivitet på depressive pasienter undersøkt. Seks måneder etter endt intervensjon ble det sett at pasientene som hadde deltatt i fysisk aktivitet hadde mindre risiko for tilbakefall enn de som hadde fått medikamentet sertralin. Forskning tilknyttet effekten av fysisk aktivitet på bipolar lidelse er mindre undersøkt (Stanton, Happell, Hayman & Reaburn, 2014b). Funn i enkelte studier tyder likevel på at fysisk aktivitet kan redusere symptomer på depresjon og angst (Ng, Dodd & Berk,

2007), øke velvære (Hays et al., 2008) og redusere stress (Edenfield, 2007) for mennesker med bipolar lidelse.

Angstlidelser

For mennesker med angstlidelser er effekten av fysisk aktivitet mindre dokumentert enn ved depresjon (Helsedirektoratet, 2010). Variasjonen i ulike angstlidelser gjør det i tillegg vanskelig å generalisere funnene (Ströhle, 2009). Den beste dokumentasjonen for effekten av fysisk aktivitet finnes for panikk lidelse og agorafobi (Zschucke, Gaudlitz, & Ströhle, 2013). I en studie av Broocks et al., (1998) ble effekten av fysisk aktivitet på pasienter med panikk lidelse undersøkt ved et RCT design. Funnene i studien tydet på at fysisk aktivitet var betydelig mer effektiv enn placebotabletter, men noe mindre effektiv enn antidepressive legemidler. Hovland (2013) undersøkte langtidseffekten av fysisk aktivitet og kognitiv terapi på en gruppe pasienter med agorafobi og panikk angst. Kognitiv terapi hadde bedre effekt enn fysisk aktivitet et år etter intervensjonen, men fysisk aktivitet viste likevel å ha stor effekt på reduksjon av angstrelaterte symptomer. Nyere studier har i tillegg vist en positiv effekt av fysisk aktivitet for pasienter med posttraumatisk stress (LeBouthillier, Fetzner & Asmundson, 2015; Rosenbaum, Sherrington & Tiedemann, 2014a). Fysisk aktivitet kan trolig også være gunstig for personer med tvangslidelse og generalisert angstlidelse (Zschucke et al., 2013). Det kreves likevel flere metaanalyser og randomiserte kontrollerte studier med høy kvalitet for å undersøke effekten av fysisk aktivitet på ulike angst lidelser (Wegner et al., 2014).

Schizofreni

For mennesker med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni finnes det begrensninger i forskningen (Gorczynski & Faulkner, 2010). Det er likevel kommet stadig mer forskning og flere studier har sett en bedring i negative symptomer for mennesker med schizofreni som følge av økt fysisk aktivitet (Scheewe et al., 2013; Marzolini et al., 2009; Beebe et al., 2005). Dette kan stemme bra overens med fysisk aktivitets effekt på depresjon og angst. I en reviewstudie av Bjørnstadjordet (2009) ble det også sett at flere studier fant en bedring i positive symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner blant mennesker med schizofreni som følge av fysisk aktivitet. Disse funnene bekreftes i en metaanalyse gjort av Rosenbaum et al., (2014b). I en lignende metaanalyse av Pearsall, Smith, Pelosi & Geddes (2014) ble det derimot ikke sett noen effekt av fysisk aktivitet på positive symptomer. Flere av studiene inkludert i denne metaanalysen er gjennomført med relativt lav intensitet. I følge funn i en metaanalyse av Firth, Cotter,

Elliot, French & Yung (2014) kan det se ut som at det kreves minimum 90 minutter med moderat til høy intensitet i uken for å påvirke symptomer på schizofreni. Det er derfor hevdet at fysisk aktivitet trolig kan være en gunstig behandlingsform i tillegg til annen behandling for mennesker med psykiske lidelser (Firth et al., 2014).

Rusmisbruk

Det er gjennomført få gode studier på effekten av fysisk aktivitet på avhengighet og misbruk av rusmidler. Dokumentasjonen på dette området er derfor svært begrenset. Enkelte studier har likevel trukket frem at fysisk aktivitet reduserer skjelving, svettetokter, angst og alkoholsuget, og i så måte kan redusere subjektivt ubehag i abstinensfasen (Ussher, Sampuran Doshi, West & Drummond, 2004; Palmer, Vacc & Epstein, 1988; Sinyor, Brown, Rostant, Seraganian, 1982). I andre studier er det rapportert at lysten på rusmidler og abstinensfasens varighet er redusert (Buchowski et al., 2011; Roessler, 2010; Collingwood, Reynolds, Kohl, Smith & Sloan, 1991;). Det er også sett at strukturert fysisk aktivitet i et behandlingsopplegg kan forebygge tilbakefall til drikking etter avsluttet behandling (Sinyor et al., 1982). I tillegg til dette vil fysisk aktivitet kunne redusere symptomer på depresjon og angst for mennesker som lider av avhengighet og misbruk av rusmidler (Mamen, Pallesen & Martinsen, 2011). En metaanalyse på studier fra 1990 til 2013 bekrefter disse funnene (Wang, Wang, Wang, Li & Zhou, 2014). Denne metaanalysen påpeker likevel at flere av studiene som er inkludert i metaanalysen har metodiske svakheter, og at det derfor trengs mer forskning.

1.3.3 Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser

Selv om fysisk aktivitet trolig gir en rekke gunstige helseeffekter for mennesker med psykiske lidelser, er det en stor utfordring å legge til rette for fysisk aktivitet for denne gruppen (Daumit et al. 2005). Studier viser at mennesker med psykiske lidelser rapporterer en rekke hindringer som kan påvirke motivasjonen for å være i fysisk aktivitet. Symptomer på sykdom, vektøkning på grunn av medisiner, dårlig fysisk form, sosial tilbaketrekning, manglende støtte fra andre pasienter og helsepersonell, lav selvtillit og kostnader (Glover, Ferron & Whitley, 2013; Crone & Guy, 2008, Ussher, Stanbury, Cheeseman & Faulkner, 2007; McDevitt, Snyder, Miller & Willbur, 2006; Richardson et al., 2005; Childs & Griffiths, 2003). Som en konsekvens av dette kan det derfor tenkes at motivasjonen for fysisk aktivitet er lav blant mennesker med psykiske lidelser. Flere studier viser likevel at mennesker med psykiske lidelser anser fysisk

aktivitet som en viktig bidragsyter til forbedring i generell helse, og som et godt alternativ til medikamentell behandling (Crone & Guy, 2008; Ussher et al., 2007; Fogarty & Hapell, 2005). Det er også blitt sett at 30 til 50 prosent av mennesker med psykiske lidelser ønsker å bli mer fysisk aktive (Carpinello, Primavera, Pilu, Vaccargiu & Pinna, 2013; Archie, Goldberg, Landeen, McColl & McNiven, 2007; Ussher et al. 2007). Ifølge funn i en nylig reviewstudie av Farholm & Sørensen (2016a) er det ingen avvik mellom mennesker med psykiske lidelser og den øvrige befolkningen når det gjelder motiverende mekanismer for fysisk aktivitet. Hvordan man skal legge til rette for å øke motivasjonen for deltakelse i fysisk aktivitet blant mennesker med psykiske lidelser er derimot mindre forstått (Farholm & Sørensen, 2016b).

I følge Dunn, Trivedi, Kampert, Clark & Chambliss (2005) er det en generell enighet om at det er lav deltakelse i intervensjoner med fokus på fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. Det er på den andre siden sett at deltakelse blant mennesker med psykiske lidelser, i intervensjoner med fysisk aktivitet, kan være likt intervensjoner gjennomført på den generelle befolkningen (Brosse, Sheets, Lett & Blumenthal, 2002; Paluska & Schwenk, 2000; Blumenthal et al., 1999). Funnet i en studie av Sørensen (2006) tyder også på at mennesker med psykiske lidelser kan oppnå et like høyt aktivitetsnivå som den generelle befolkningen, hvis fysisk aktivitet er en del av behandlingstilbudet ved institusjonen. I en masteroppgave av Kristiansen (2010) ble personalets rolle trukket frem som spesielt viktig for påvirkning til og gjennomføring av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser.

1.3.4 Ansattes rolle

Flere studier påpeker at ansatte ved psykiatriske institusjoner har sentrale roller for å fremme bruk av fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser (Stubbs et al., 2014a; Soundy, Stubbs, Probst, Hemmings & Vancampfort 2014; Theologia, Evangelos & Lambrini, 2015; Happell, Platania-Phung & Scott, 2013; Harding, 2013; McAndrew, Chambers, Nolan, Thomas & Watts, 2013; Probst, 2012; Robson & Haddad, 2012; Scott & Happell 2011). Ansatte kan ansees som miljøfaktorer ettersom de har jevn kontakt med mennesker med psykiske lidelser, og gis derved store muligheter til å drive relasjonsarbeid (Karlsen, 2012; Helsedirektoratet, 2010). Med dette menes at ved å være tilstede så blir man en del av miljøet, som kan opptre som en representant for grenser og tilgjengelighet (Olkowska & Landmark, 2009). I en studie på langtidspasienter ved tidligere psykiatriske sykehus i Norge ble det sett at ansatte ved sykehusene var

viktigere personer i pasientenes nettverk enn familie og venner (Borge, Martinsen, Ruud, Watne & Friis, 1999). Ansatte ved psykiatriske institusjoner vil i så måte ofte ha en viktig rolle for å motivere brukerne til aktivitet. I en studie av Ussher et al., (2007) viste det seg at mer en halvparten av de psykiatriske pasientene mente at støtte fra en instruktør eller helsepersonell ville føre til at de ble mer fysisk aktive. Det kan derfor tyde på at støtte og bistand fra ansatte ved psykiatriske institusjoner er avgjørende for å lykkes med å få psykiatriske pasienter mer aktive (Mykletun et al., 2009).

Ansatte ved psykiatriske institusjoner har en gylden mulighet til å tilrettelegge å utforme aktivitetsopplegg (Helsedirektoratet, 2010), fungere som en motivator ved å gi verbal oppmuntring (Leutwyler, Hubbard, Jeste & Vinogradov, 2012), være gode rollemodeller (Lobelo & de Quevedo, 2013), samt gi positive forsterkninger og belønninger (Roberts & Bailey, 2011). Dette vil igjen kunne skape et grunnlag for sosial støtte, autonomi og mestringsforventning til fysisk aktivitet (Vancampfort et al., 2012b). Disse prinsippene er essensielle for å lykkes med å integrere fysisk aktivitet ved psykiatriske institusjoner (Roberts & Bailey, 2011, McDevitt, Snyder, Miller & Wilbur, 2006). Til sammenligning med tradisjonell medisinsk behandling krever fysisk aktivitet et enda mer velorganisert tilbud for å lykkes (Helgerud & Eithun, 2010). En positiv ledelse, ildsjeler, nyttige treningslokaler og enkle treningsopplegg er derfor også viktig for at fysisk aktivitet skal forankres i et behandlingstilbud (Richardson et al., 2005). Videre vil det være viktig at aktivitetsavviklingen ikke står og faller på enkeltpersoner, men at flere medarbeidere har et ansvar for å gi pasienter et tilbud om fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010). I følge Stanton (2013) vil det også være nyttig at ansatte med relevant utdanning innenfor fysisk aktivitet, har et spesielt ansvar for å øke aktivitetsnivået blant mennesker med psykiske lidelser.

På bakgrunn av lang arbeidserfaring innenfor psykisk helsevern, hevder Moe (2011) at det er vanskeligere å motivere mennesker med psykiske lidelser dersom ansatte ikke klarer å ha en felles holdning til bruk av fysisk aktivitet. Sørensen (1998) påpeker at institusjonens og ansattes holdninger påvirker mennesker med psykiske lidelser sin deltakelse i fysisk aktivitet. Ansatte som er lite motivert til å drive fysisk aktivitet vil trolig påvirke mennesker med psykiske lidelser i en negativ retning, mens ansatte som derimot tilrettelegger og selv deltar på aktiviteter vil i større grad kunne oppnå motiverte pasienter (Leutwyler et al., 2012). Ifølge Richardson et al., (2005) er det en krevende jobb for ansatte å skulle komme i gang med fysisk aktivitet på institusjonen.

Med bakgrunn i erfaring hevder Moe og Moser (2004) at en av årsakene til at fysisk aktivitet ikke har vært drevet mer systematisk innen psykisk helsevern, er det ustrukturerede motivasjonsarbeidet. Robson, Haddad, Gray & Gournay (2013) trekker også frem at ansattes holdninger og mestringsforventning vil påvirke deres praksis og villighet til å adoptere nye arbeidsmetoder. I tillegg til dette vil trolig ansattes opplevelse av hindringer være viktig for om man lykkes eller mislykkes med å integrere fysisk aktivitet som et behandlingsalternativ (Stanton, Happell & Reaburn, 2014b; Harding, 2013). Det kan derfor være viktig å vite noe om ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling.

1.3.5 Forskning på ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet i behandlingen

I følge Stanton et al., (2014a) er det gjennomført lite forskning tilknyttet ansatte ved psykiatriske institusjoner sitt forhold til bruk av fysisk aktivitet. Enkelte studier er likevel gjennomført. I en kvalitativ studie av Happell et al., (2012b) ble 38 sykepleiere intervjuet om oppfatninger de hadde til bruk av fysisk aktivitet som behandling for mennesker med psykiske lidelser. Ut i fra disse intervjuene ble fysisk aktivitet ansett som en behandlingsmetode som kunne bidra til holisme. Videre anså sykepleierne det som deres jobb å bidra til å støtte pasientene til å være mer fysisk aktive og ha en sunnere livsstil. Deltakerne trakk også frem at rollen for å fremme fysisk aktivitet var sentral for alle som jobbet innenfor helsesystemet. Det ble likevel identifisert flere utfordringer som gjorde det vanskelig for sykepleierne å opprettholde et engasjement rundt bruk av fysisk aktivitet. Stor avstand til fasiliteter, begrensede transport muligheter, manglende økonomi, pasientenes helsetilstand, krevende jobbhverdag og mangel på personal ble rapportert som hindringer (Happell et al., 2012b).

I en annen studie på sykepleiere gjennomførte Stanton et al., (2015) en liten tverrsnittstudie. Utvalget bestod av 34 sykepleiere som arbeidet på et psykiatrisk sykehus i Australia. I denne studien uttalte 72 prosent av sykepleierne at de anbefalte fysisk aktivitet til pasientene og at 91 prosent kunne tenke seg mer opplæring i bruk av fysisk aktivitet. I en større studie av Robson et al., (2013) ble det sett at nesten 80 prosent av sykepleierne oppga at det å anbefale fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser var en del av deres jobb. Lignende funn ble sett i studien til Howard & Gamble (2011), der rett i underkant av 70 prosent av sykepleierne at de var helt sikre eller sikre på at de ville klare å gi råd om fysisk aktivitet til pasientene (Howard &

Gamble 2011). Det bør likevel nevnes at i de to sistnevnte studiene var spørsmål om bruk av fysisk aktivitet kun en liten del av selve studien.

I en studie av Stubbs et al., (2014b) ble fysioterapeuter, som arbeidet med personer som hadde schizofreni, invitert til å delta i en kartleggingsundersøkelse. Studien tok utgangspunkt i 151 fysioterapeuter fra 31 forskjellige land, med størst deltakerandel fra europeiske land. Det ble observert at 92 prosent av fysioterapeutene svarte at fysisk aktivitet var viktig for personer med schizofreni. Det ble også trukket frem at nær alle deltakerne mente at fysioterapeuter hadde enten en svært viktig eller viktig rolle for å fremme fysisk aktivitet for personer med schizofreni. I tillegg til dette mente fysioterapeutene at de hadde de nødvendige ferdighetene og kunnskapene for å kunne bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen for personer med schizofreni (Stubbs et al. 2014b). En annen studie, med utgangspunkt i samme datamaterialet, rapporterte at fysioterapeutene opplevde en rekke hindringer (Soundy et al., 2014). Av hindringene som oftest ble rapportert var påvirkning av antipsykotiske medisiner, manglende motivasjon blant pasientene, sykdomsbilde og negative symptomer. Videre ble det sett at en fjerdedel av fysioterapeutene mente at innlagte pasienter hadde begrensede muligheter til fysisk aktivitet, og at manglende støtte fra annet helsepersonell reduserte mulighetene til å bruke av fysisk aktivitet (Soundy et al., 2014).

Phongsavan et al., (2007) gjennomførte en e-mail basert spørreundersøkelse på psykologer sitt syn på å anbefale fysisk aktivitet for mennesker med generell angst lidelse. Studien endte opp med 51 deltakere hvorav 66 prosent av disse arbeidet i lokale helsesentre (community health centres), 16 prosent i psykiatriske sykehus, mens de resterende arbeidet på skoler og private praksiser. Det ble sett at 51 prosent av psykologene svarte at det å anbefale fysisk aktivitet var en del av deres jobb. Videre mente 14 prosent at det å anbefale fysisk aktivitet ikke var hensiktsmessig for deres pasienter, i tillegg rapporterte 12 prosent at fysisk aktivitet ikke ville ha noen effekt for mennesker med psykiske lidelser. Forskerne konkluderte likevel med at det var et generelt positivt syn på å anbefale fysisk aktivitet for mennesker med generell angstlidelse. I en lignende studie av Burton et al., (2010) ble det sett at hele 93 prosent av psykologene mente at rådgivning omkring fysisk aktivitet ville være en nyttig for mennesker med psykiske lidelser. I tillegg til dette hadde 80 prosent tro på at de kunne gjennomføre denne rådgivningen. Ut ifra funnene i studien, konkluderte forskerne med at mange psykologer er villige og har en potensiell mulighet til å fremme fysisk aktivitet

for mennesker med psykiske lidelser. Det er likevel verdt å merke seg at kun 31 prosent av deltakerne arbeidet enten ved psykiatriske sykehus eller lokale helsesentre.

I en studie av Theologia et al., (2015) ble det utviklet et spørreskjema med utgangspunkt i teorien om planlagt atferd (Theologia et al., 2015). Formålet med deres studie var å undersøke helsepersonellens meninger omkring bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen for psykiatriske pasienter (Theologia et al., 2015). I denne studien ble flere ulike yrkesgrupper inkludert. Funnene viste at alle deltakerne anså fysisk aktivitet som en nødvendig del av behandlingen for psykiatriske pasienter (Theologia et al., 2015). Likevel rapporterte over 75% at de ikke hadde brukt fysisk aktivitet i behandlingen det foregående semesteret. Det ble av flere trukket frem at de opplevde det som vanskelig å fremme fysisk aktivitet. Deltakerne opplyste barrierer i form av mangel på kvalifisert helsepersonell, manglende kunnskap, utstyrskostnader og manglende motivasjon blant helsepersonell og pasienter. I likhet med dette ble også i en studie av Harding (2013) rapportert at manglende kunnskap blant ansatte og mangel på motivasjon var de viktigste hindringene til bruk av fysisk aktivitet.

For å oppsummere kan funn i fra tidligere forskning tyde på at ansatte som arbeider med mennesker med psykiske lidelser, generelt sett er positive til bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Flere av yrkesgruppene mener også at det er deres rolle å fremme bruk av fysisk aktivitet som del av behandlingen for pasientene. I tillegg til dette er det også i enkelte studier rapportert stor tro på egen evne til å kunne bruke fysisk aktivitet. Tidligere studier tyder likevel på at ansatte opplever en rekke barrierer som hindrer bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

Begrensninger ved eksisterende forskning på feltet

Stanton et al., (2014a) hevder at selv om det er gjennomført noen studier på feltet så finnes det få gode spørreskjemaer, og at det fortsatt er begrenset kunnskap om ansattes holdninger, oppfatninger, kunnskap og atferd i forhold til bruk av fysisk aktivitet ved psykiatriske institusjoner. Videre påpeker Stanton et al., (2014a) at fremtidig forskning bør undersøke flere demografiske variabler på et stort utvalg. I studien til Theologia et al., (2015) ble det undersøkt om hvilken betydning kjønn og yrkesgruppe hadde for ansattes oppfatning av å bruke fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling. Den studien rapporterer likevel disse resultatene kun i en bisetning. Det er heller ikke gjennomført noen studier som har undersøkt hvilken betydning behandlingsted (psykiatriske sykehus versus DPS), stillingsprosent, alder eller andre grupper av ansatte har på forholdet til

bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling. Det mangler derfor vesentlig informasjon om hvilken forskjeller som finnes mellom ulike grupper ansatte.

Det er hevdet at det å ha ansatte med relevant utdanning i forhold til fysisk aktivitet er viktig for å lykkes med å implementere fysisk aktivitet som del av psykiatrisk behandling (Stanton, 2013). Det finnes likevel ingen studier per dags dato (07.05.16) som har undersøkt om det å ha ansatte med utdanning innenfor fysisk aktivitet, kan ha en betydning for andre ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet.

Ut i fra mine litteratursøk er det kun studien til Theologia et al. (2015) som oppgir at de har tatt utgangspunkt i en psykologisk teori for å undersøke ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling. Ifølge Biddle & Mutrie (2007) vil det være gunstig å bruke teorier når man ønsker å gå i dybden på psykologiske fenomener.

Selv om det finnes noen gamle rapporter fra Statens ungdoms-og idrettskontor er det ingen store studier som ser på ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen ved psykiatriske institusjoner i Norge. De fleste av studiene på området kommer fra Australia. Det kan derfor tenkes at organiseringen og strukturen av det australske helsevesenet er noe annerledes enn det norske. Som en konsekvens av dette finnes det ingen norske spørreskjemaer omkring ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen for psykiatriske pasienter. Det mangler derfor vesentlig informasjon omkring dette temaet i Norge.

1.4 Formålet med studien

Med bakgrunn i foreliggende kunnskap var hensikten med denne studien å undersøke ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet ved ulike psykiatriske institusjoner. Det ble lagt spesielt vekt på ansattes holdninger, men også opplevde hindringer, ansattes erfaringer med pasientenes forhold til fysisk aktivitet og mestringsforventninger vil bli presentert. En kort avklaring av begrepene i problemstillingene er gitt i kapitel 1.2.

Problemstillingene i denne studien var:

- 1 a) *«Hvilke holdninger har et bredt utvalg av ansatte som arbeider ved psykiatriske institusjoner til å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen?»*

- b) «Hvilke erfaringer har utvalget med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet, egne opplevde hindringer til bruk av fysisk aktivitet og hvilke mestringsforventninger har de til å bruke fysisk aktivitet i behandlingen».
- c) «Er det forskjeller i holdninger, erfaringer med pasientens forhold til fysisk aktivitet, opplevde hindringer og mestringsforventninger blant ulike grupper i utvalget?»
- 2 «Hvilke sammenhenger er det mellom holdninger til bruk av fysisk aktivitet og erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet, egne opplevde hindringer og egne mestringsforventninger?».

2.0 Teori

I denne delen vil teori om holdninger og mestringsforventning bli presentert. Dette vil bli gjort ettersom både holdninger og mestringsforventning er kompliserte psykologiske begreper (Eagly & Chakien, 1993; Bandura, 1977). I tillegg tror jeg det vil det være viktig å utnytte foreliggende kunnskap om disse begrepene for å få en bedre forståelse av funn i denne studien. Jeg har derfor ansett det som vesentlig å gi en innføring i disse begrepene ut i fra tilgjengelig teori.

2.1 Holdningsteori

2.1.1 Hva er holdning

Forskning tilknyttet holdninger er komplekse og det finnes mange ulike definisjoner (Albarracin, Johnson, Zanna, & Kumkale, 2014). Det er derfor ingen universell definisjon av holdning. Historisk sett inneholder likevel de fleste definisjonene en eller annen form for evaluering (Albarracin et al., 2014). I denne studien har jeg tatt utgangspunkt i en av de mest utbredte definisjonene på holdninger, som bygger nettopp på evaluering; «Attitude is a psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor» (Eagly & Chakien, 1993, s. 1). Med dette menes at holdninger kan sees på som en positiv eller negativ evaluering av et spesifikt objekt. Et holdningsobjekt kan være en konkret atferd, en person, et produkt, egentlig nærmest hva som helst (Fishbein & Ajzen, 1974). I denne oppgaven vil holdningsobjektet handle om bruk av fysisk aktivitet som del av behandling i psykisk helsevern. Definisjonen til Eagly & Chaiken (1993) innebærer at holdninger kan sees som en psykologisk tendens. Dette vil si at holdninger er en intern tilstand eller en hypotetisk konstruksjon (Chaiken & Eagly, 1998; Ajzen, 1989). På bakgrunn av dette vil det være umulig å gjøre direkte observasjoner av holdninger (Erwin, 2001). Dermed må holdninger utledes fra målbare responser med relevant informasjon som reflekterer positive eller negative evalueringer av et objekt.

Det er foreslått flere typer av holdningsrelevant informasjon, men den trolig mest anvendte er trekomponentsmodellen (Fabrigar, MacDonald & Wegener, 2014). Denne modellen beskriver at en holdning inneholder tre separate komponenter bestående av kognisjon, affekt og atferd (Eagly & Chaiken, 1998). Kognisjon er blitt beskrevet som oppfatninger, meninger, kunnskap og tanker omkring et spesifikt holdningsobjekt (Eagly & Chaiken, 2007). Dette kan komme til uttrykk ved at man kobler sammen

holdningsobjektet med spesifikke karakteristikker eller egenskaper (Ajzen, 2005). I følge Nielsen & Raaheim (1997) er kognisjon den komponenten som er enklest å kartlegge. Affekt har på sin side blitt brukt for å beskrive de positive og negative følelsene tilknyttet et holdningsobjekt (Eagly & Chaiken, 1998). Med dette menes at den affektive komponenten kan gi uttrykk for om man anser objektet som behagelig eller ubehagelig, om vi liker eller misliker det. Dette kan for eksempel være om man betrakter det å drive med fysisk aktivitet i behandling for mennesker med psykiske lidelser som gøy eller kjedelig. Borchs-Haukedal & Bjørvik (2010) hevder at den affektive komponenten har dypest røtter og i så måte er mest motstandsdyktig mot forandring. Den siste komponenten er atferd og omhandler atferd i forhold til holdningsobjektet (Eagly & Chaiken, 1998). Med dette menes handlinger man gjør eller tilbøyeligheter til å handle, i form av intensjoner tilknyttet holdningsobjektet (Ajzen, 2005). For eksempel kan dette dreie seg om ansatte ved psykiatriske behandlingstilstander faktisk bruker eller fremmer fysisk aktivitet som en del av behandling for mennesker med psykiske lidelser.

Det er i senere tid hevdet at holdninger ikke nødvendigvis består av kognisjon, affekt og atferd, men kan være en generell oppsummert evaluering av informasjon hentet fra enkelte av disse komponentene (Eagly & Chaiken, 2007). Chaiken, Pomerantz & Giner-Sorolla (1995) påpeker at en holdning vil kunne variere i hvilken grad de uttrykkes gjennom enten kognisjon, affekt, atferd eller en sammenslåing av disse. Ifølge Chaiken & Eagly (1998) har spesielt de kognitive og affektive komponentene vært viktige for å forstå forskjellige holdningsfenomener. En fullstendig kartlegging av atferds komponenten krever registrering av atferd, som ikke kan gjennomføres innen rammene av denne masteroppgaven. I denne oppgaven har jeg derfor valgt å fokusere på kognitive og affektive komponenter av holdning.

2.1.2 Hvordan oppstår og forandres holdning

I følge Eagly & Chaiken (2007) oppstår ikke holdninger før en opplever eller mottar informasjon om et holdningsobjekt (bevisst eller ubevisst) og responderer på det enten implisitt eller eksplisitt. Ut i fra et slikt synspunkt vil et individs tidligere erfaringer med et holdningsobjekt etablere en tendens til å evaluere dette holdningsobjektet i en grad av enten positivitet eller negativitet (Eagly & Chaiken, 2007). Dette samsvarer med Bjerke og Svebak (1997) sitt syn på holdninger, der det hevdes at holdninger stort sett kan sies å være produkter av omgivelser og erfaring. Med dette menes at holdninger både skapes

og formes ut ifra erfaringer vi gjør oss og i omgivelsene vi oppholder oss. Ifølge Raaheim & Nielsen (1997) vil dette kunne handle om egne opplevelser med et spesifikt holdningsobjekt, tilegnede kunnskaper og opplysninger, andres holdninger, da særlig en gruppe man identifiserer seg med, og erfaringer med at holdningene synes å passe individet slik at man for eksempel føler seg betydningsfull.

Selv om holdninger er foranderlige antas de å være relativt stabile (Olsson & Zanna, 1993). Dette gjør at endringer av holdninger ikke er en enkel prosess. Det er likevel hevdet at styrken på holdningene er avgjørende for i hvilken grad de er foranderlige, og at derfor vil sterke holdninger være vanskeligere å forandre enn svake (Eagly & Chaiken, 2007). Denne styrken av holdninger kan ifølge Krosnick, Boninger, Chuang, Berent & Carnot (1993) sees igjennom graden av positiv eller negativ oppfatning justert fra et midtpunkt, styrken på følelsene tilknyttet et holdningsobjekt og hvor lett tilgjengelige holdningene er. I tillegg til dette vil hvor mye kunnskap et individ har omkring holdningsobjektet, individets egen sikkerhet på at deres holdninger er riktige, og individets opplevde viktighet av holdningsobjektet påvirke styrken (Krosnick et al., 1993). Til slutt trekker også Krosnick et al., (1993) frem at motivasjon til å innhente informasjon om holdningsobjektet, direkte erfaring med holdningsobjektet og samsvar mellom affektive og kognitive komponenter av holdning er avgjørende faktorer for styrken på holdningene.

2.1.3 Holdning og atferd

Holdningers påvirkning på atferd har ofte vært av interesse innenfor forskning på holdninger. Ifølge Ajzen (2001) er det generelt akseptert at holdninger er relevante for å forstå og predikere sosial atferd. Flere studier har likevel rapportert manglende samsvar mellom uttrykte holdninger og faktisk atferd (Swanson, Swanson & Greenwald, 2001; Eshghi, 1992; Uusitalo, 1990). Det er derfor hevdet at det finnes et gap mellom holdninger og atferd (Biddle & Mutrie, 2007). Det er ifølge Ajzen (2001) flere faktorer som påvirker i hvilken grad holdninger kan knyttes opp mot faktisk atferd. Blant disse faktorene er holdningens styrke, der sterkere holdninger i større grad enn svake vil kunne være med å predikere atferd (Ajzen, 2001). Mer spesifikt er det foreslått at holdninger som er lett tilgjengelige i hukommelsen, inneholder høy grad av tro på egne holdninger, er bestemte og som er basert på direkte erfaring styrker forholdet mellom holdninger og atferd (Kraus, 1995). I hvilken grad de ulike komponentene bidrar til atferd er derimot mindre forstått (Glasman & Albarracín, 2006).

Det er også hevdet at holdninger kun er en del av ulike faktorer som kan føre til atferd (Biddle & Mutrie, 2007). Ifølge teorien om planlagt atferd, som er en av de mest kjente teoriene rundt holdninger og atferd, handler vi i samsvar med våre intensjoner og opplevd kontroll over atferden (Ajzen, 2001). Ut ifra et slikt syn vil ikke holdninger være sett i direkte sammenheng med atferd, noe som kan gi en forståelse av gapet mellom holdninger og atferd. Teorien hevder derimot at holdninger, i likhet med subjektive normer og opplevd atferdskontroll, vil påvirke intensjonene våre vil å gjennomføre til atferden (Ajzen, 1991). Subjektive normer omhandler det sosial presset (fra signifikante andre) til å gjennomføre eller ikke gjennomføre atferden (Ajzen, 1991), mens opplevd atferdskontroll er menneskers oppfatning av egen kontroll over gjennomføring av en atferd (Ajzen, 1991). Ifølge Ajzen (2002) er opplevd atferdskontroll inspirert av Banduras (1977) self-efficacy.

2.2 Mestringsforventning

2.2.1 Hva er mestringsforventning

Begrepet mestringsforventning, som er brukt i denne oppgaven, er en direkte oversettelse av Banduras (1977) «Self-efficacy» (Skaalvik & Skaalvik, 2005). Mestringsforventning var i utgangspunktet utviklet som en essensiell del av Banduras sosial-kognitive teori, men er også blitt ansett som sentral i en rekke andre psykologiske teorier (Stajkovic & Luthans, 1998). Bandura definerer mestringsforventning som: «people's judgments of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performance. It is concerned not with the skills one has but judgments of what one can do with whatever skills one possesses» (Bandura, 1986, s.391). Med dette menes det at mestringsforventning er troen på egne evner til å organisere og utføre den handlingen som kreves for å nå ønsket mål. Mestringsforventninger er flerdimensjonale og vil variere ut i fra hvilken sammenheng det sees i (Bandura, 1997). Ut ifra dette er mestringsforventninger oppgavespesifikke, som vil si at mestringsforventningen til å drive samtaleterapi med pasienter ikke vil være lik det å skulle veilede pasientene i fysisk aktivitet. Mestringsforventninger kan også sees gjennom nivå, generalitet og styrke. Nivået av mestringsforventninger referer til vanskelighetsgraden ved en bestemt oppgave, generaliteten er hvor overførbar mestringsforventningen er i ulike settinger, som for eksempel fra aktivitet til aktivitet, mens styrken på mestringsforventningen er størrelsen på hvor sikker man er på egen evne til å gjennomføre den bestemte oppgaven (Bandura, 1997).

2.2.2 Mestringsforventning og funksjon

Ifølge Bandura (1993) vil mestringsforventning stå sterkest blant de kognitive prosessene som er med å styre eget initiativ til å handle. Ut ifra et slikt synspunkt vil mestringsforventninger være selv-regulerende. Mestringsforventning har derfor en viktig rolle i menneskers funksjon fordi det påvirker atferd, ikke bare direkte, men også ved å påvirke andre faktorer. Det er for eksempel hevdet at mestringsforventning kan ha innflytelse på alt fra følelser og fysisk tilstander til motivasjon (Pajares, 1996; Schunk, 1989). Mer spesifikt vil mestringsforventning påvirke hvilke handlinger man velger å følge og hvilke utfordringer og målsettinger folk setter seg. En person med lav mestringsforventning vil for eksempel trolig unngå utfordrende oppgaver og justere målsetningene sine etter dette. Mestringsforventning vil også ha innflytelse på hvor mye innsats man velger å gjennomføre i gitte handlinger og hvilke utfall som forventes at ens innsats vil resultere i (Bandura, 1993). Innsatsen sett ved mestringsforventning vil også være sterkt knyttet opp mot hindringer. Ifølge Bandura (2006) vil for eksempel mestringsforventning gi en indikasjon på hvor lenge man holder ut i møte med hindringer. Også kvaliteten på ens følelsesliv og hvor mye stress og depresjon man opplever i møte med miljøets krav vil være påvirket av mestringsforventning (Bandura, 2006). Ut ifra dette vil mestringsforventning påvirke om folk tenker lite rasjonelt eller strategisk, optimistisk eller pessimistisk i gitte situasjoner (Bandura, 2006). I forhold til temaet for denne oppgaven vil derfor mestringsforventninger trolig ha en innflytelse på ansattes bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsevern.

2.2.3 Kilder til mestringsforventning

Det er ifølge Bandura (1977) hovedsakelig fire kilder til mestringsforventning. Disse omhandler mestringserfaringer (performance accomplishments), vikarierende erfaringer (vicarious experiences), verbal overbevisning (verbal persuasion) og fysiske reaksjoner (physiological responses). Med mestringserfaringer menes tidligere erfaringer med å lykkes eller mislykkes i å gjennomføre en bestemt handling. Ifølge Bandura (1977) er dette den sterkeste kilden til høy eller lav grad av mestringsforventning. Vikarierende erfaringer eller rollelæring bygger på at det å oppleve at andre mennesker, som er lik en selv, lykkes med å utføre spesifikke handlinger, vil øke egen tro på at man innehar evner og muligheter til å lykkes med lignende handlinger. Ved verbal overbevisning, gjennom for eksempel støtte og oppmuntring fra andre mennesker, hevder Bandura at man kan bli overbevist til å tro at man har de evner og ferdigheter som kreves for å

lykkes (1977). Det påpekes likevel at det er avgjørende at den verbale overbevisningen må virke pålitelige og kompetent (Bandura, 1977). Den siste kilden om fysiske og psykiske reaksjoner bygger på at humør, følelsesmessige tilstander og fysiske reaksjoner kan påvirke tanker om egen evne til å lykkes i bestemte situasjoner (Bandura, 1977).

2.3 Kort oppsummering av teori

For å gi en kort oppsummering av foreliggende teori så kan holdninger sies å være evalueringer av konkrete holdningsobjekter, som for eksempel bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsevern. Mestringsforventninger er derimot forventning av egen evne til å kunne utføre en bestemt handling, som i denne oppgaven vil være å bruke fysisk aktivitet i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser. Både holdninger og mestringsforventninger vil ha en relasjon til atferd, i en eller annen form, og er derfor viktige psykologiske begreper. Ut i fra teori vil også holdninger og mestringsforventninger kunne sees i en kompleks sammenheng med både erfaringer og opplevde hindringer. Jeg anså derfor alle disse begrepene som interessante for å undersøke ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsevern. For å undersøke psykologiske fenomener vil forskningsmetoden være av interesse (Howitt & Cramer, 2007). Videre vil det derfor gis en innføring i metoden som ble brukt for å undersøke ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsevern.

3.0 Metode

Formålet med vitenskapelig forskning er å innhente ny kunnskap og komme til klarhet over et faktisk forhold (Hartvigsen, 1998). I en slik prosess er vitenskapelig metode fundamental. Dalland (2013) påpeker at på et generelt grunnlag kan en metode sees på som en framgangsmåte, og kan brukes som et redskap for å samle inn ønskelig informasjon. En vitenskapelig metode forteller oss derfor hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve vitenskapelig kunnskap (Hartvigsen, 1998). Det finnes en rekke ulike vitenskapelige metoder, men et felles grunnkrav er at de skal være tydelige og tilgjengelige. På den måten skal de fungere slik at de skal kunne repeteres av andre. Resultatene skal i så måte både kunne kontrolleres og reproduseres (Befring, 2010).

3.1 Studiedesign

Hvilken forskningsmetode man bør bruke i en studie vil ifølge Laake, Olsen & Benestad være (2008) avhengig av problemstillingen og formålet med studien. For å besvare problemstillingen i denne studien ble det tatt utgangspunkt i et kvantitativt forskningsdesign. Fordi formålet med denne studien var å gå i bredden for å prøve å få frem det som er felles eller ulikt ved ansattes syn på bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling. Dette vil ifølge Dalland (2013) kjennetegne en kvantitativ undersøkelse. Innenfor kvantitativ forskning finnes det flere ulike typer design. Med tanke på at vi ønsket å kartlegge en større gruppe individer ble det ansett som hensiktsmessig å bruke en tverrsnittsstudie. Tverrsnittsstudier kan karakteriseres ved at informasjon om et utvalg, av en populasjon, samles inn på et bestemt tidspunkt (Laake et al., 2008). Med utgangspunkt i dette kan man ikke se på utviklingen over tid, og vi vil derfor ikke kunne trekke noen slutninger om årsak-virkning. For å samle inn data ved tverrsnittstudier er det vanlig å ta i bruk spørreskjemaer. I følge Atkin et al., (2012) vil man ved bruk av et spørreskjema ha anledning til å nå en stor målgruppe relativt enkelt og lite kostbart. Det ble derfor utviklet et spørreskjema for å samle inn data til denne studien.

3.2 Utvalg

Tre psykiatriske sykehus og fire DPS-er i Helse Sør-Øst ble invitert til å delta i denne studien. Institusjonene ble strategisk utvalgt i forhold til skjønnsmessig utvelging, tilgjengelighet og kostnader. Ifølge Drageset & Ellingsen (2009) er det i mange helsefaglige forskningsstudier upraktisk, uøkonomisk og etisk umulig å anvende sannsynlighetsutvelgelse og derfor velger man istedet ikke – sannsynlighetsutvelgelse.

En slik utvelgelsesmetode vil kunne svekke generaliseringsmulighetene ved at utvalget kan avvike systematisk fra totalpopulasjonen (Drageset & Ellingsen, 2009). Tall fra Statistisk Sentralbyrå tyder likevel på at den prosentvise fordelingen av yrkesgrupper, kjønn og alder (SSB, 2014) innenfor psykisk helsevern i Helse sørøst er lignende utvalget i denne studien

På de ulike institusjonene ble kun ansatte som jobbet ved psykiatriske døgnavdelinger for voksne invitert til å delta. Jeg valgte å fokusere på døgnavdelinger ettersom ansatte har nær kontakt med pasientene når de er innlagt, og at deres rolle til å påvirke pasientene til et høyere aktivitetsnivå er viktig i denne fasen. Lukkede døgnenheter ble ekskludert fordi det er vanskeligere med tilgang og det er flere begrensninger i forhold til fysisk aktivitet for denne pasientgruppen. Avdelinger hvor behandlingen av pasientene var spesielt rettet mot spiseforstyrrelser ble ikke invitert til å delta i studien. Dette ble gjort ettersom overtrening kan være en del av sykdomsbilde for enkelte spiseforstyrrelser (Peñas-Lledó, Vaz Leal & Waller, 2002). Jeg valgte også å fokusere på avdelinger for voksne fordi voksne ofte er innlagt over en lengre periode enn ungdom og barn (Helsedirektoratet, 2015d). Dermed vil ansatte ha muligheten til å påvirke pasientenes forhold til fysisk aktivitet over en lengre periode, noe som trolig kan være med på øke sannsynligheten for å øke aktivitetsnivået (Stanton & Happell, 2014).

Med tanke på at ansatte innenfor psykisk helsevern er en variert gruppe med ulike typer utdanningsbakgrunn (Lauber et al., 2006), ble alle yrkesgrupper utenom rengjøringspersonell invitert til å delta i studien. Ut ifra de nevnte inklusjonskriteriene ble 433 ansatte invitert til å delta i studien.

3.3 Design av spørreskjemaet

For å samle inn data til denne studien ble det konstruert et spørreskjema (vedlegg 3). Spørreskjemaet bestod av 15 spørsmål med til sammen 76 utsagn. Spørsmålet og utsagnene i del syv ble ikke inkludert i studien. Jeg tok derfor utgangspunkt i 14 spørsmål og 60 av utsagnene.

Proessen med å konstruere et nytt spørreskjema er krevende og det er viktig med nøye planlegging. I følge Rattray & Jones (2007) kan dette gjøres ved at eksperter, målgrupper og litteratur er med på å forme temaene og spørsmålene. I denne studien ble det gjennomført en forhåndsundersøkelse der to ansatte som jobbet i psykisk helsevern

ga tilbakemelding på spørreskjemaet. I tillegg til dette var tre eksperter med erfaring fra psykisk helsevern og fysisk aktivitet, med på å utforme spørsmål og utsagn i studien. Spørsmålene og utsagnene ble også laget med utgangspunkt i teori og tidligere forskning på feltet. To spørreskjemaer og en skala ble ansett som relevante og brukt som utgangspunkt. De to spørreskjemaene var Exercise in Mental Illness Questionnaire-Health Professionals (EMIQ-HP) (Stanton et al., 2014b) og Questionnaire on Physical Activity and Exercise for People with Mental Disorders (QPAEPM) (Theologia et al., 2015). Disse spørreskjemaene inneholder spørsmål med etterfølgende utsagn som omhandler ansatte i psykisk helsevesen sine kunnskaper, oppfatninger, holdninger, atferd, hindringer og motivasjon ved å gjennomføre fysisk aktivitet som del av behandlingen. I tillegg til dette baserte jeg meg på skalaen om Exercise outcome expectancies (EOE), som omhandler utfallsforventning til fysisk aktivitet (Schwarzer, 1992). De utsagnene som ble ansett som mest relevante for formålet med denne studien ble plukket ut. Spørsmål og utsagn fra QPAEPM, EMIQ-HP og EOE ble oversatt til norsk og deretter oversatt tilbake til det opprinnelige språket. Originalspråket i QPAEPM var gresk og ble derfor oversatt av en norsk/gresktalende person. Enkelte av utsagnene i de to spørreskjemaene og skalaen ble også forandret for å passe settingen i foreliggende studie. De opprinnelige spørreskjemaenes validitet og reliabilitet vil derfor kunne være noe redusert som følge av slike modifikasjoner (Boynston & Greenhalgh, 2004).

Majoriteten av spørsmålene i spørreskjemaet til denne studien bestod av lukkede spørsmål, med et gitt antall svaralternativer. Lukkede spørsmål er ofte enklere for respondenter å svare på, gir generelt høyere responsrate og er mindre komplisert å kode og analysere enn åpne spørsmål (Edwards et al., 2009; Leung, 2001). En vesentlig svakhet er likevel at lukkede spørsmål kan skape frustrasjon, vanligvis fordi forskerne ikke har kartlagt alle mulige svaralternativer (Leung, 2001). I foreliggende studie ble det valgt å vedlegge et nøytralt svaralternativ ved majoriteten av spørsmålene. Dette ble gjort for å gi respondentene dekkende svaralternativer (Riksrevisjonen, u.å.). Det er også foreslått at responsraten kan øke ved å inkludere en nøytral kategori (Décieux, Mergener, Neufang & Sischka, 2015). På den andre siden er det viktig å være klar over at inkludering av en nøytral kategori kan resultere i responsbias, ved at mange respondenter velger det som et «trygt» alternativ (Sturgis, Roberts & Smith, 2014).

I følge Leung (2001) er spørsmålenes formuleringer viktige. Det ble derfor lagt vekt på at spørsmålene skulle være nøytrale, korte og enkelt formulert. Det ble videre brukt variasjon aktivt gjennom hele spørreskjemaet, både i form av spørsmålsutformingen, rekkefølge og svaralternativer. Dette ble gjort med tanke på å opprettholde respondentenes interesse, samt unngå responsbias, der deltakerne kun følger et mønster (Ratray & Jones, 2007). For å unngå at spørreskjemaet skulle bli overkomplisert valgte jeg å fokusere på den visuelle utformingen. Visuell utforming påvirker hvordan respondentene leser informasjonen, motivasjonen til å svare, og hvor effektivt og korrekt respondentene ledes gjennom spørreskjemaet (Statistisk sentralbyrå, u.å). Jeg valgte derfor å legge vekt på at det skulle være oversiktlig og et godt samspill mellom tekst og visuelt design. Eksempler på dette kan være nummering, fet skrift på spørsmålene og hjelpetekster i tilknytting til spørsmålene (Statistisk sentralbyrå, u.å).

3.4 Måleinstrumenter

3.4.1 Måling av ansattes holdninger

I tråd med holdningsteorien valgte jeg å skille mellom kognitive og affektive komponenter av holdning. Utgangspunkt for måling av holdningskomponentene ble hentet fra QPAEPM (Theologia, et.al.,2015), EOE (Schwartz, 1992) og EMIQ-HP (Stanton et al., 2014b).

For den kognitive holdningskomponenten ble fem utsagn tatt fra del to i QPAEMD. Det var også fem utsagn som ble hentet fra EOE. Siden jeg skulle måle ansattes vurderinger på pasientenes vegne, ble disse fem utsagnene omformulert ved å bytte ut «vil jeg» med «vil de», slik at de skulle passe formålet med studien. Videre ble ett utsagn tatt fra del fire i EMIQ-HP, mens de resterende fire utsagnene ble formulert med utgangspunkt i litteratur og ekspertkonsensus (Tetlie, Eik-Nes, Palmstjerna, Callaghan & Nøttestad, 2008). I alt ble 15 utsagn tatt med i den kognitive holdningsskalaen.

Svar på utsagnene ble formulert i en fempunkts Likert skala. Ifølge McLeod (2008) er Likert skalaer gunstige for å måle holdninger. Et eksempel på utsagn kunne være «fysisk aktivitet er en viktig del av et helhetlig behandlingstilbud for personer med psykiske lidelser», hvor deltakerne svarte på en skala fra «helt uenig» (1) til «helt enig» (5). Et annet eksempel kunne være «hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig fysisk aktivitet vil de få bedre fysisk helse», og hvor svaralternativene gikk

fra «slett ikke sant» (1) til «helt sant» (5). Høyere skåre ble ansett som større grad av positiv kognitiv holdning. Utsagn med negativ formulering ble rekodet i analysene.

Som følge av at jeg valgte å gjøre forandringer fra de opprinnelige skalaene, både gjennom oversettelse, formulering av utsagn og utvalg av utsagn, gjennomførte jeg en faktor analyse (Varimax rotation). Av de 15 opprinnelige utsagnene ble tre ekskludert på grunn av kryssladninger ($> .20$) og lave ladninger ($< .30$) på komponenten. De resterende 12 utsagnene i den kognitive komponenten hadde god indre konsistens ($\alpha, =.81$). Faktor analyse viste også at den kognitive holdningskomponenten bestod av tre faktorer. Disse faktorene utgjorde tre meningsfulle underskalaer i form av meninger om fysisk aktivitets plass i psykisk helsevern, helseeffekter for pasientene, og sosiale effekter for pasientene (Vedlegg 4 og 5). Alle tre underskalene viste akseptabel/god indre konsistens, meninger om fysisk aktivitets plass ($\alpha, =.70$), helseeffekter ($\alpha, =.82$) og sosiale effekter ($\alpha, =.81$) (George & Mallery, 2003).

For å måle den affektive komponenten av holdning tok jeg utgangspunkt i det første utsagnet i del fire av QPAEPM. Jeg valgte å legge til «...som del av behandlingen for personer med psykiske lidelser» på det opprinnelige utsagnet. Dette ble gjort for å gjøre utsagnet så spesifikt som mulig opp mot problemstillingen i denne oppgaven.

For å svare på utsagnet i den affektive komponenten ble en semantic differential skala brukt. Ved en semantic differential skala har man muligheten til å måle affektive holdninger til bestemte utsagn (Crites, Fabrigar & Petty, 1994). En vesentlig fordel med en semantic differential skala er at den er relativt enkel å gjennomføre, samtidig som man kan innhente mye informasjon (Ajzen, 2002; Al-Hindawe, 1996). I likhet med skalaen i QPAEPM bestod skalaen i denne studien av en serie på syv nummer med bipolare adjektiver på hver ende. Deltakerne brukte det nummeret som best representerte deres syn på utsagnet og de etterfølgende adjektivene. QPAEPM inneholdt seks sett med bipolare adjektiver, mens i spørreskjema for denne studien valgte jeg å utvide til 10 sett med bipolare adjektiver. Dette ble gjort for å kartlegge et bredere spekter av følelser. Eksempel på utsagnet i spørreskjemaet og følgende svaralternativer kunne være «for meg vil det å fremme fysisk aktivitet som del av behandlingen være:», med svaralternativer fra «svært bortkastet» (1) til «svært verdifullt» (7) eller «svært ukomfortabelt» (1) til «svært komfortabelt» (7). Høyere skåre ble ansett som en større grad av positiv affektiv holdning.

En faktor analyse (Varimax rotation) ble gjennomført ettersom jeg valgte å gjøre forandringer fra den opprinnelige skalaen gjennom oversettelse, spesifisering av utsagn og inkludering av flere bipolare adjektiver. Av de 10 opprinnelige settene med bipolare adjektiver ble fire ekskludert på grunn av kryssladninger ($> .20$) og lave ladninger ($< .30$) på komponenten. De resterende seks settene med bipolare adjektiver i den affektive komponenten av holdning hadde god indre konsistens ($\alpha, =.82$). Faktor analysen viste også at den affektive holdningskomponenten bestod av to faktorer. Disse to faktorene utgjorde to meningsfulle underskalaer i form av følelser tilknyttet verdien av å skulle fremme fysisk aktivitet i psykisk helsevern og følelser gjennom opplevelsen av å skulle fremme fysisk aktivitet i psykisk helsevern (vedlegg 6). Både verdiskalaen ($\alpha, =.83$) og opplevelsesskalaen ($\alpha, =.80$) hadde god indre konsistens.

3.4.2 Måling av ansattes opplevde hindringer

Utgangspunkt for måling av ansattes opplevde hindringer ble hentet fra QPAEPM (Theologia, et.al.,2014). Spørreskjema i foreliggende studie inneholdt en liste med 11 hindringer. Syv hindringer var tatt fra del åtte i QPAEPM. Siden jeg var ute etter hindringer i hele personalgruppen, valgte jeg å legge til «personalet/ledere» ved hindringen om manglende motivasjon hos medarbeidere. Det var også to hindringer som ble tatt fra to utsagn i del fire i EMIQ-HP, mens de siste to hindringene ble utviklet på bakgrunn av funn i tidligere forskning (Soundy et al., 2014 & Happell et al., 2012). Jeg brukte flere kilder til å indentifisere hindringer ettersom jeg ønsket å gi et godt bilde av potensielle hindringer ved å skulle bruke fysisk aktivitet i psykisk helsevern.

Svaralternativene ble gitt på en tre punkts Likert skala som var lik skalaen i QPAEPM. En enkel skalering ble brukt ettersom jeg antok at deltakerne enten ville oppleve en hindring eller ikke, samt for å redusere belastningen på deltakerne, som igjen vil kunne påvirke svarprosenten (Leung, 2001). Et eksempel på en hindring kunne være «mangel på tid», hvor deltakerne svarte på en skala fra «viktig hindring» (3) til «ingen hindring» (1). Høyere skåre ble ansett som større grad av opplevde hindringer.

Som følge av at jeg valgte å gjøre forandringer fra den opprinnelige skalaen i QPAEPM, både gjennom oversettelse, formulering av hindringer og inkludering av flere hindringer, gjennomførte jeg en faktor analyse (Varimax rotation). Ingen hindringer ble ekskludert. Den indre konsistensen for de 11 utsagnene var akseptabel ($\alpha, =.78$). Faktor analysen viste videre at hindringene bestod av to faktorer. Disse faktorene utgjorde to meningsfulle underskalaer sett ved praktiske hindringer ved

institusjonen og hindringer hos pasientene (vedlegg 7). Den indre konsistensen var god for underskalaen om praktiske hindringer ($\alpha, =.82$) og akseptabel for underskalaen om pasient hindringer ($\alpha, =.70$).

3.4.3 Måling av ansattes erfaringer

For å måle ansattes erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet tok jeg utgangspunkt i EMIQ-HP. Fem av utsagnene ble tatt fra del to og del fire i EMIQ-HP. Utsagnene fra del fire ble omformulert ved å bytte ut «umulig» med «vanskelig». De tre siste utsagnene ble utviklet med bakgrunn i tidligere forskning (Ussher et al., 2007; Sørensen, 2006).

Svar på utsagnene ble formulert i en fempunkts Likert skala. Et eksempel på utsagn kunne være «mennesker med psykiske lidelser er ikke interessert i hjelp fra personalet til å være fysisk aktive», hvor svaralternativene gikk fra «helt uenig» (1) til «helt enig» (5). Ettersom de fleste utsagnene var negative utsagn ble en høyere skåre ansett som større grad av negativ erfaring. Positive utsagn ble rekodet i analysene.

En faktor analyse (Varimax rotation) ble gjennomført ettersom jeg oversatte utsagnene i den opprinnelige skalaen i EMIQ-HP og fordi enkelte utsagn ble omformulert, i tillegg inkluderte jeg tre nye utsagn. Ingen utsagn i skalaen ble ekskludert. Det var akseptabel indre konsistens for utsagnene om erfaring ($\alpha, =.72$). Faktor analysen viste videre at erfaringene bestod av to faktorer. Disse faktorene utgjorde to meningsfulle underskalaer i form av erfaringer om pasientenes negative forventning til fysisk aktivitet og erfaringer om pasientenes helseutfordringer til å være fysisk aktive (vedlegg 8). Både underskalaen om negative forventninger ($\alpha, =.71$) og underskalaen om helseutfordringer ($\alpha, =.73$) oppnådde akseptabel indre konsistens.

3.4.4 Måling av ansattes mestringsforventning

For å måle ansattes mestringsforventning til å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen tok jeg utgangspunkt i ett utsagn fra del fire i QPAEPMD, mens tre utsagn ble utviklet på bakgrunn av ekspert konsensus. Det var derfor fire utsagn som var beregnet for å måle ansattes mestringsforventning.

Svaralternativene ble konstruert i form av en visuell analog skala (VAS). Fordelen med VAS er at den er enkel å forstå og er relativt hurtig å gjennomføre (Ahearn, 1997). Den kan også være gjenkjennelig for helsepersonell ettersom den kan brukes for å måle angst og smerte blant pasienter (Williams, Morlock & Feltner, 2010; Turner et al.,

2008). VAS har også vist seg å være valid for å måle mestringsforventning (Bergström, Börjesson & Schmidt, 2015; Turner, van de Leemput, Draaisma, Oosterveld & Cate, 2008). I følge Aitken (1969) vil en VAS skala være svært nyttig for å måle styrke og nyanser i oppfatninger. Dette samsvarer med Banduras (2006) forståelse av mestringsforventning, der styrken på mestringsforventningen er sentral. Jeg benyttet derfor en VAS skala som bestod av en horisontal linje på 100 mm hvor ytterpunktene på skalaen gikk fra «helt usikker» (0) til «helt sikker» (10). Deltakerne satte et kryss på linjene i forhold til hvor sikre de var på utsagnene. Høyere skåre ble ansett som større grad av mestringsforventning. Et eksempel på et utsagn kunne være «jeg har den kunnskapen som trengs for å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen for personer med psykiske lidelser». Ett av utsagnene var negativt formulert og dette ble rekodet i analysene.

Som følge av oversetting av det opprinnelige utsagnet i QPAEPM, og at de resterende utsagnene var spesielt utviklet for denne studien, gjennomførte jeg en faktor analyse (Varimax rotation). Av de fire opprinnelige utsagnene ble ett ekskludert på grunn av lav ladning (<.30). Faktor analysen viste videre at skalaen om mestringsforventning kun bestod av en faktor (vedlegg 9). Den indre konsistensen for skalaen var akseptabel (α , =.72).

3.4.5 Måling av utvalgets karakteristikk og organisering av fysisk aktivitet

Måling av de ansattes karakteristikk ble gjort ved fem spørsmål som identifiserte bakgrunnsinformasjon om alder, kjønn, yrkesgruppe, stillingsprosent og avdeling. Både ved stillingsprosent, yrkesgrupper og avdeling ble det vedlagt en åpen kategori der deltakerne kunne spesifisere. Dette ble gjort for at alle deltakerne skulle finne svaralternativer som passet for dem. Alle spørsmålene om utvalgets karakteristikk ble plassert til slutt i spørreskjemaet. Dette ble gjort for å opprettholde deltakernes interesse (Rattray & Jones, 2007).

Et utsagn ble brukt for å undersøke organiseringen av fysisk aktivitet på arbeidsplassen. Dette utsagnet var spesielt utviklet til denne studien og lød som følger «på min arbeidsplass er ansvaret for å fremme fysisk aktivitet hos pasienter fordelt slik: personale med utdanning i fysisk aktivitet/idrett har ansvaret», hvor deltakerne satte et kryss hvis de hadde ansatte med utdanning i fysisk aktivitet/idrett ved institusjonen.

3.5 Gjennomføring

I gjennomføringen av prosjektet ble først ledelsen ved aktuelle sykehus og DPS-er kontaktet for å forhøre om eventuell interesse for deltakelse i prosjektet. Relevant informasjon om prosjektet og prosjektets prosedyre ble gitt. Det ble ut i fra dette opprettet en kontaktperson ved de ulike institusjonene som fikk ansvar for å organisere distribusjonen av spørreskjemaet. Denne kontaktpersonen skulle også ha direkte kontakt med avdelingslederne og videreformidle informasjon om prosjektet. For de institusjonene som ønsket en muntlig presentasjon ble dette gitt ved at studenten kom til aktuelle institusjoner og hadde en 20 minutters presentasjon om prosjektet.

Kontaktpersonene ble bedt om å bruke personalmøter for å informere å dele ut spørreskjemaer og informasjonsskriv til ansatte. I tillegg til dette ble spørreskjemaer fordelt på de aktuelle avdelingene og liggende lett tilgjengelig. Kontaktpersonene ble bedt om å gi jevnlig oppfordring til de ansatte om å svare på spørreskjemaene under datainnsamlingsperioden. Før deltakelse i prosjektet fikk de ansatte også utlevert et informasjonsskriv der hensikten med studien ble gitt (vedlegg 1). I informasjonsskrivet fikk de ansatte beskjed om at de ikke var forpliktet til å delta i studien og at de kunne trekke seg når som helst. Vedlagt ved informasjonsskrivet var en samtykkeerklæring. Signert og returnert samtykkeerklæring ble ansett som informert samtykke.

Jeg valgte å bruke papirformat, ettersom det er sett at det er høyere responsrate for disse sammenlignet med internettbaserte spørreskjemaer (Manfreda, Bosnjak, Berzelak, Haas, & Vehovar, 2008). For de institusjonene som var lengst unna ble det tilbudt å sende spørreskjemaene i posten ved bruk av frankerte konvolutter. For de resterende institusjonene ble spørreskjemaene overlevert til kontaktpersonene ved at studenten oppsøkte institusjonen og gav kontaktpersonen spørreskjemaene. Dato for innlevering av spørreskjemaer ble avtalt på forhånd og ferdig utfylte spørreskjemaer ble samlet inn av kontaktperson. For de institusjonene som fikk frankerte konvolutter ble ferdig utfylte spørreskjemaer og samtykkeerklæringer returnert i posten og sendt til veileder ved Norges idrettshøgskole. Utsending av spørreskjemaene foregikk fortløpende fra midten av august 2015 til midten av desember 2015, og alle fikk minimum fire uker til å returnere spørreskjemaene.

3.6 Statistiske analysetester

Data til denne studien ble registrert ved Statistical Package of Social Science (IBM SPSS Statistics, Version 21). Signifikansnivået i alle de statistiske analysene ble satt til $p < .05$.

Deskriptiv statistikk (frekvenser og gjennomsnittsberegninger) ble utført på demografiske variabler og på det totale utvalgets svarfordeling på de ulike delene av spørreskjemaet. Utsagn som ble ekskludert fra det opprinnelige spørreskjemaet, som følge av faktor analyser, ble ikke tatt med i den deskriptive fremstillingen av svarfordelingen for det totale utvalget.

Selv om enkelte av dataene i studien ikke var normalfordelte valgte jeg å gjennomføre parametriske tester i analysen. I følge Norman (2010) er parametriske tester såpass robuste at brudd på normalfordelingen kan brytes uten frykt for å få galt svar. Og selv om de enkelte spørsmålene i spørreskjemaet vil være ordinale, hevder Carifio & Perla (2008) at summen av en skala i et spørreskjema vil være på intervallnivå, og at det derfor kan gjennomføres parametriske tester. Norman (2010) hevder videre at ikke-parametrisk statistikk vil ha problemer med de enkleste design, og at det derfor er større sjanse for å trekke feil konklusjoner ved bruk av disse testene. For å undersøke om det var signifikante forskjeller i underskalaene fordelt på demografiske variabler ble derfor uavhengige t-tester og enveis ANOVA gjennomført.

Det ble gjennomført Pearsons korrelasjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom holdningene og opplevde hindringer, erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet og mestringsforventning. Jeg gjennomførte også sekvensielle multiplere regresjonsanalyser for å undersøke forholdet mellom variablene og for å identifisere viktigheten av disse for å forklare variansen i holdningene. Selv om de avhengige variablene ikke var normalfordelte i denne studien hevder Li, Wong, Lamoureux & Wong (2012) at sentralgrenseteoremet også vil gjelde ved linjære regresjonsanalyser. De hevder derfor at ved store utvalg vil regresjonsanalysene være valide selv om den avhengige variabelen ikke er normalfordelt. En utvalgsstørrelse på over 200 er ifølge Statistics Solutions (2013) nok. Det ble også gjort en missing value analyse for kontrollere for manglende verdier i regresjonene.

3.7 Etikk

Før prosjektstart ble det sendt en søknad til norsk senter for forskningsdata (NSD). I august ble prosjektet godkjent per. brev (vedlegg 2). Som følge av at studien ikke samlet inn helseopplysninger om deltakerne ble det ikke søkt til regional etisk komite (REK).

I tråd med Helsinki-deklarasjonen (2013) fikk deltakerne informasjonsskriv om prosjektet, i tillegg til dette fikk kontaktpersonene ansvaret for å informere deltakerne om prosjektet (vedlegg 1). Informasjonen omhandlet prosjektets formål, at deltakelsen var frivillig, at de hadde rett til å trekke seg før resultatene ble publisert og at deltakelsen var anonymisert. For å bekrefte at informasjon var forstått skrev deltakerne under på samtykkeerklæring. For å sikre anonymitet ble spørreskjemaer lagt i konvolutter som ble limt igjen, slik at hverken kontaktpersonene eller jeg som forsker skulle kunne identifisere deltakerne. Alle spørreskjemaene som ble besvart har også blitt oppbevart i et låst skap og vil bli destruert innen ett år etter at prosjektet er ferdig.

4.0 Resultater

4.1 Deskriptiv statistikk

Det totale utvalget bestod av 219 ansatte i psykisk helsevern noe som indikerte en deltakerrate på 50,6 prosent. Tabell 1.0 viser utvalgets karakteristikk.

Tabell 1.0: Deskriptiv data. Fordeling av alder, kjønn, yrkesgruppe, stillingsprosent, behandlingssted og svarandel som har/har ikke ansatte med utdanning i FA/idrett ved institusjonen (n=219).

Demografiske variabler		Total N (%)
Alder	< 30 år	18 (8.3)
	31-49 år	109 (50)
	> 50 år	91 (41.7)
	Totalt	218 (100)
Kjønn	Kvinner	172 (79.3)
	Menn	45 (20.7)
	Totalt	217 (100)
Yrkesgruppe	Idrettspedagoger	0 (0)
	Fysioterapeuter	1 (0.5)
	Ergoterapeuter	1 (0.5)
	Vernepleiere	17 (7.8)
	Sykepleiere	89 (40.6)
	Administrative stillinger	18 (8.3)
	Miljøterapeuter	32 (14.7)
	Psykologer	17 (7.8)
	Leger	15 (6.9)
	Annet	28 (12.8)
	Totalt	218 (100)
Stillingsprosent	50-99%	54 (25)
	100%	162 (75)
	Totalt	216 (100)
Behandlingssted	DPS	107 (51.1)
	Sykehus	112 (48.9)
	Totalt	219 (100)
Har ansatte med utdanning i FA/idrett	Ja	59 (30.4)
	Nei	135 (69.6)
	Totalt	194 (100)

Note. FA= Fysisk aktivitet.

Fordelingen av de ulike gruppene; alder, kjønn, yrkesgruppe, stillingsprosent, behandlingssted og ansatte med utdanning i FA/idrett er vist i tabell 1.0. Fordelingen viser at det er flest ansatte i aldersgruppen 31-39 år, mens det er færrest i aldersgruppen

under 30 år. Videre er det er en skjevfordeling i andel av kvinner og menn i utvalget, der kvinner er den største gruppen. For yrkesgrupper er det flest ansatte som er sykepleiere, mens det ikke er noen idrettspedagoger. Utvalget består av flest ansatte som er i 100 prosent stilling og det er omtrent lik fordeling av ansatte mellom DPS-ene og psykiatriske sykehus. Det var 25 deltakere som unnlot å svare på delen om organiseringen av fysisk aktivitet. Av de som svarte oppgav den største andelen at det ikke fantes noen ansatte med utdanning i FA/ idrett ved institusjonen.

Ettersom det var svært få deltakere i enkelte av yrkesgruppene (tabell 1.0) måtte ulike yrker slås sammen i videre analyser. Dette ble gjort ved å dele yrkesgruppene inn i nye grupper basert på posisjon til å kunne bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Deltakerne som hadde svart i annet kategorien ble i likhet med de andre yrkesgruppene fordelt i nye grupper etter posisjon til å kunne bruke fysisk aktivitet som del av behandlingen. I analysetestene ble derfor gruppene delt inn i aktivitetsrelatert personal (fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsefagarbeidere og aktivitører), sykepleiere, andre pleiere/miljøpersonal (hjelpepleiere, miljøarbeidere og miljøterapeuter), behandlingsansvarlig personal (leger og psykologer) og administrative stillinger.

4.1.1 Skårer på skalaer og underskalaer

I tabell 2.0 vises deskriptiv statistikk av hele utvalgets skårer på skalaer og underskalaer.

Tabell 2.0: Gjennomsnitt, standardavvik, minimum og maksimum verdier for skalaene og de ulike underskalaene.

Skalaer/underskalaer	N (%)	Min-maks	Mean (SD)
Kognitive holdninger (total skala)	214 (97.7)	1.0-5.0	4.3 (0.5)
Meninger om fysisk aktivitets plass	216 (98.6)	1.0-5.0	4.7 (0.5)
Fysiske helseeffekter	216 (98.6)	1.0-5.0	4.6 (0.7)
Sosiale effekter	218 (99.5)	1.0-5.0	3.9 (1.0)
Affektive holdninger (total skala)	213 (97.3)	1.0-7.0	5.9 (0.8)
Verdi	213 (97.3)	1.0-7.0	6.4 (0.8)
Opplevelse	214 (97.7)	1.0-7.0	5.5 (1.1)
Opplevde hindringer (total skala)	200 (90.2)	1.0-3.0	1.6 (0.4)
Praktiske hindringer	204 (93.1)	1.0-3.0	1.4 (0.4)
Pasient hindringer	205 (93.6)	1.0-3.0	2.0 (0.5)
Erfaringer med pasientgruppens forhold til FA (total skala)	213 (97.3)	1.0-5.0	2.6 (0.6)
Negative forventninger	214 (97.7)	1.0-5.0	2.7 (0.6)
Helseutfordringer	214 (97.7)	1.0-5.0	2.9 (0.8)
Mestringsforventninger	207 (94.5)	1.0-10.0	6.8 (2.0)

Note. FA = Fysisk aktivitet. N (%) = Prosent av det totale utvalget.

Kommentarer til skåring på skalaer og underskalaer

For den totale skalaen om den kognitive holdningskomponenten var det en høy gjennomsnittskåre i forhold til mulige minimum-maksimum verdier. Det viser at majoriteten er enige eller delvis enige i utsagnene. I underskalaen om fysisk aktivitets plass i psykisk helsevern var gjennomsnittet i nærheten av maksimum verdi for skalaen (tabell 2.0). For utsagnet i underskalaen om fysisk aktivitet var en viktig del av et helhetlig behandlingstilbud var 85,8 prosent helt enig, 13,2 prosent delvis enig, mens ingen svarte at de var helt uenig (vedlegg 4). Det var 52,1 prosent som var helt enig i at fysisk aktivitet var en viktig del av den terapeutiske tilnærmingen til personer med psykiske lidelser, mens 42 prosent var delvis enig og 5,5 prosent var enten delvis uenig eller helt uenig (vedlegg 4). Når det gjaldt utsagnet om fysisk aktivitet burde være en

del av helseutdanninger som omhandler psykisk helse, var 72,6 prosent helt enig, 22,8 delvis enig og 2,3 prosent delvis uenig/helt uenig (vedlegg 4).

For de to andre underskalaene i den kognitive holdningskomponenten var gjennomsnittsskåren for helseeffektene høyere enn for de sosiale effektene (tabell 2.0). For utsagnet om fysisk aktivitet vil bedre den fysiske helsen til mennesker med psykiske lidelser svarte 88,6 prosent at dette var helt sant, 7,3 prosent at det var nesten helt sant, mens en deltaker svarte at det slett ikke var sant (vedlegg 5). Det var 71,2 prosent som angav at det var helt sant at fysisk aktivitet vil bedre den psykiske helsen til mennesker med psykiske lidelser, mens 18,3 prosent svarte at det var nesten helt sant og ingen svarte at det var slett ikke sant (vedlegg 5). Rett i overkant av 80 prosent svarte at det slett ikke var sant at fysisk aktivitet vil gjøre slik at mennesker med psykiske lidelser fikk mindre overskudd til annen behandling, mens 3,2 prosent oppga at det var helt sant/nesten helt sant (vedlegg 5). Når det gjaldt om mennesker med psykiske lidelser kunne få mer sosial kontakt ved å være i regelmessig fysisk aktivitet, svarte 45,7 prosent at dette var helt sant, 30,6 at det var nesten helt sant og 3,1 prosent svarte at det var slett ikke sant (vedlegg 5).

Den totale skåren for den affektive komponenten av holdning var høy sett ut i fra minimum-maksimum verdiene. Det var en høyere gjennomsnittsskåre for underskalaen om verdi enn underskalaen om opplevelse (tabell 2.0). Den høyeste gjennomsnittsskåren for de enkelte adjektivene i verdiskalaen var 6,4 ($SD=.8$), og ble gitt for følelsen av at fysisk aktivitet var verdifullt (vedlegg 6). Det høyeste gjennomsnittet for de enkelte adjektivene i underskalaen om opplevelse var 5,8 ($SD=1.1$), og ble sett for følelsen av at det ville være gøy å bruke fysisk aktivitet (vedlegg 6).

I de to underskalaene om hindringer ved å bruke FA ved arbeidsplassen viste det seg at deltakerne anga en større grad av hindringer hos pasientene enn for praktiske hindringer ved institusjonen (tabell 2.0). I listen over hindringer ble mangel på motivasjon hos pasientene angitt som den største hindringen, der 87,7 prosent svarte at dette var en viktig hindring/hindring (vedlegg 7). Videre oppga 67,6 prosent at dårlig helsetilstand hos pasienten var en viktig hindring/hindring, 65 prosent svarte at pasienters opplevde bivirkninger av medisiner var en viktig hindring/hindring, 56,7 prosent oppga at manglende motivasjon hos medarbeidere/personalet/ledere var en viktig hindring/hindring, mens 51,6 prosent anga at mangel på tid var en viktig

hindring/hindring (vedlegg 7). Mangel på egen personlig interesse ble angitt som den minste hindringen der 75,3 prosent svarte at dette ikke var noen hindring (vedlegg 7).

For skalaen om erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet var det omtrent like gjennomsnittskårer for både underskalaen om pasientenes negative forventninger og helseutfordringer (tabell 2.0). En høyere gjennomsnittskåre var synonymt med større grad av negative erfaringer om pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet. I nærheten av 85 prosent av deltakerne var helt enig/delvis enige i at mennesker med psykiske lidelser unngår å være fysisk aktive fordi de tror de ikke klarer, mens 1,4 prosent var helt uenig (vedlegg 8). For utsagnet om mennesker med psykiske lidelser tror at fysisk aktivitet er godt for den fysiske helsen var 28,8 prosent helt enig, 52,1 delvis enig, 13,7 delvis uenig, mens 1,8 prosent helt uenig (vedlegg 8). Når det gjaldt utsagnet om mennesker med psykiske lidelser tror at fysisk aktivitet er godt for den psykiske helsen var 16,9 prosent helt enig, 58 prosent delvis enig, 19,6 delvis uenig og 0,9 prosent helt uenig (vedlegg 8). Det var færrest, 34,6 prosent, som anga å være helt enig/delvis enig i at mennesker med psykiske lidelser ikke er interessert i hjelp fra personalet til å være fysisk aktive (vedlegg 8).

I forhold til minimum-maksimum verdier var det det en høy total gjennomsnittskåre i skalaen om mestringsforventning for å bruke fysisk aktivitet i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser (tabell 2.0). Det viser at majoriteten i stor grad er sikre på sin egen evne til å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen. For hver av de tre utsagnene i skalaen var det liten forskjell i de ulike gjennomsnittskårene (vedlegg 9). Det var likevel sterkest tro på egen evne til å klare å fremme fysisk aktivitet hvis deltakerne selv ønsket å gjøre det, der gjennomsnittskåren var på 7.0 (SD=2.2) (vedlegg 9). Lavest gjennomsnittskåre ble angitt for troen på egen kunnskap for å kunne bruke fysisk aktivitet, 6,6 (SD=2.4) (vedlegg 9).

4.3 Gruffeforskjeller

Uavhengige t-tester ble gjennomført for å sammenligne gjennomsnittsverdiene til de ulike skalaene fordelt på kjønn, stillingsprosent, behandlingssted og ansatt med utdanning i FA/idrett. For å se på forskjell i gjennomsnitt fordelt på yrkesgrupper og alder ble enveis ANOVA brukt. De fleste av de følgende resultatene er beskrevet med tekst ettersom jeg anså dette som nok til å gi en god beskrivelse. For forskjell i

resultatene ved variabelen om ansatte med utdanning i FA/idrett valgte jeg å legge ved en tabell for å gi en dekkende beskrivelse.

4.3.1 Kjønnforskjeller

Det var ingen signifikante forskjeller mellom menn og kvinner for hverken holdninger, opplevde hindringer, erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet eller mestringsforventninger.

4.3.2 Forskjeller mellom behandlingsted

I den totale skalaen om opplevde hindringer ved å bruke fysisk aktivitet på arbeidsplassen hadde ansatte ved DPS-ene et signifikant høyere gjennomsnitt ($M=1.68$, $SD=.31$) enn ansatte ved de psykiatriske sykehusene [$M=1.44$, $SD=.30$; $t(197)=-5.34$, $p=.01$]. Effektstørrelsen, utregnet ved eta squared var medium ($\eta^2=.06$). Uavhengige t-tester viste også at det var en signifikant forskjell i gjennomsnittsverdiene for underskalaen om praktiske hindringer, der ansatte ved psykiatriske sykehus opplevde signifikant mindre praktiske hindringer ($M=1.25$, $SD=.29$) enn DPS-ene [$M=1.59$, $SD=.38$; $t(202)=-7.24$, $p=.01$]. Effektstørrelsen var medium ($\eta^2=.08$). For den kognitive holdningskomponenten var det en signifikant forskjell i underskalaen om verdi, der ansatte ved psykiatriske sykehus hadde lavere gjennomsnitt ($M=6.10$, $SD=.77$) enn DPS-ene [$M=6.40$, $SD=.78$; $t(211)=-2.34$, $p=.05$]. Effekten av denne forskjellen var derimot liten ($\eta^2=.02$). Det var ingen andre signifikante forskjeller mellom de ulike behandlingsstedene.

4.3.3 Forskjeller mellom stillingsprosent

Det var signifikante forskjeller i den totale skalaen om hindringer for å bruke fysisk aktivitet ved arbeidsplassen fordelt på stillingsprosent. Ansatte med 100 i stillingsprosent rapporterte signifikant mindre hindringer ($M=1.52$, $SD=0.32$) enn ansatte i stillingsprosent fra 50-99 [$M=1.67$, $SD=0.32$; $t(200)=2.77$, $p=0.01$]. Effektstørrelsen på denne forskjellen var liten ($\eta^2=.04$). Også i begge underskalaene om praktiske hindringer ($M=1.39$, $SD=0.37$) og pasient hindringer ($M=1.90$, $SD=0.48$) hadde ansatte i 100 prosentstilling lavere skåre enn ansatte i stillingsprosent fra 50-99 [$M=1.51$, $SD=0.38$; $t(195)=2.010$, $p=0.05$] og [$M=2.08$, $SD=0.38$; $t(103)=2.899$, $p=0.01$]. Det var en liten effektstørrelse for forskjellen i praktiske hindringer ($\eta^2=.02$),

mens den var medium, ($\eta^2=.08$) for pasient hindringer. Det var ingen andre signifikante forskjeller i stillingsprosent.

4.3.4 Forskjeller mellom yrkesgrupper

For yrkesgrupper var det signifikante forskjeller i det totale gjennomsnittet for opplevde hindringer [$F(4, 193)= 4.63, p=.01$]. En post-hoc test ved Tukey HSD indikerte at behandlingsansvarlig personal opplevde minst hindringer ($M=1.40, SD=.25$) og var signifikant forskjellig fra sykepleierne ($M=1.64, SD=.33$) og andre pleiere/miljøpersonal ($M=1.60, SD=.31$). Størrelsen på forskjellen var medium ($\eta^2=.09$). Det var også forskjeller mellom yrkesgruppene for både underskalaen om praktiske hindringer [$F(4, 198)= 3.67, p=.01$] og pasient hindringer [$F(4, 199)= 3.48, p=.01$]. En post-hoc test ved Tukey HSD viste at behandlingsansvarlig personal rapporterte minst praktiske hindringer ($M=1.27, SD=.30$) og var signifikant forskjellig fra sykepleierne ($M=1.52, SD=.37$). For pasient hindringer ble det sett at behandlingsansvarlig personal hadde lavest gjennomsnitt ($M=1.73, SD=.46$) og var signifikant forskjellig fra andre pleiere/miljøpersonal ($M=2.07, SD=.40$). Effektstørrelsen var medium for både forskjellene i praktiske hindringer ($\eta^2=.07$) og pasient hindringer ($\eta^2=.07$). Det var ingen andre signifikante forskjeller mellom noen av yrkesgruppene.

4.3.5 Forskjeller mellom aldergrupper

For den kognitive holdningskomponenten var det signifikante forskjeller mellom aldersgruppene [$F(2, 210)= 3.2, p=.05$]. Tukey HSD viste at aldersgruppen under 30 år hadde signifikant høyere gjennomsnitt ($M=4.44, SD=.43$) enn de over 50 år ($M=4.12, SD=.64$). Effektstørrelsen på forskjellen var derimot liten ($\eta^2=.03$). Det var også forskjeller i underskalaene om helseeffekter [$F(2, 212)= 3.8, p=.05$] og sosiale effekter [$F(2, 214)= 4.8, p=.01$]. Ved Tukey HSD ble det sett at aldersgruppen under 30 år hadde signifikant høyere gjennomsnitt i helseeffekter ($M=4.56, SD=.45$) sammenlignet med de over 50 år ($M=4.20, SD=.59$). For sosiale effekter var både aldersgruppen under 30 år ($M=4.18, SD=.67$) og 31-49 år ($M=4.13, SD=.75$) forskjellige fra de over 50 år ($M=3.76, SD=.96$). Effektstørrelsen viste at forskjellen var liten for både helseeffektene ($\eta^2=.02$) og de sosiale effektene ($\eta^2=.03$). Det var ingen andre signifikante forskjeller mellom de ulike aldersgruppene i utvalget.

4.3.6 Forskjeller med og uten ansatte med utdanning i FA/idrett

Ettersom det var flere signifikante forskjeller i både skalaer og underskalaene ut i fra rapportering om at institusjonen hadde ansatte med utdanning i FA/idrett eller ikke, vises resultatene i tabell 3.0.

Tabell 3.0: Forskjeller med å rapportere å ha ansatte i FA/idrett ved institusjonen eller ikke ha ansatte med utdanning i FA/idrett.

Skalaer/underskalaer	Har ansatte med utdanning i FA/idrett	Mangler ansatte med utdanning i FA/idrett	t	p	η^2
	Mean (SD)	Mean (SD)			
Kognitive holdninger (total skala)	3.51 (.41)	3.36 (.51)	2.08	.04*	.03
Meninger om fysisk aktivitets plass	3.68 (.44)	3.64 (.48)	-.46	.65	
Fysiske helseeffekter	3.74 (.39)	3.54 (.55)	-2.79	.00**	.04
Sosiale effekter	3.06 (.88)	2.88 (.94)	-1.20	.23	
Affektive holdninger (total skala)	6.03 (.78)	5.78 (.76)	2.06	.04*	.02
Verdi	6.42 (.78)	6.17 (.74)	-2.09	.04*	.02
Opplevelse	5.62 (1.05)	5.40 (1.04)	-1.35	.18	
Opplevde hindringer (total skala)	1.37 (.27)	1.63 (.31)	5.43	.00**	.15
Praktiske hindringer	1.22 (.28)	1.50 (.39)	5.54	.00**	.18
Pasient hindringer	1.77 (.48)	2.03 (.45)	3.54	.00**	.07
Erfaringer med pasientgruppen (total skala)	2.18 (.39)	2.30 (.39)	2.02	.05*	.02
Negativ forventning	2.12 (.46)	2.28 (.46)	2.30	.02*	.03
Helseutfordringer	2.33 (.74)	2.37 (.72)	.38	.70	
Mestringsforventning	6.86 (1.95)	6.87 (1.92)	.32	.97	

Note. FA= Fysisk aktivitet. * = >0.05. ** = >0.01. η^2 = Eta squared.

4.4 Sammenheng mellom de ulike skalaene

4.4.1 Korrelasjon

Under følger tabell 4.0 som viser korrelasjonsanalyser gjort ved Persons korrelasjonsanalyse. Den viser sammenhenger mellom de ulike skalaene om affektive og kognitive komponenter av holdning, opplevde hindringer, erfaringer med pasientgruppen forhold til fysisk aktivitet (videre omtalt som erfaringer med pasientgruppen) og mestringsforventning.

Tabell 4.0: Sammenhenger mellom de ulike skalaene testet ved Pearsons *r*.

Skalaer	1	2	3	4	5
1. Affektiv holdning	-				
2. Kognitiv holdning	.338**	-			
3. Opplevde hindringer	-.289**	-.084	-		
4. Erfaringer med pasientgruppen	.121	-.024	.330**	-	
5. Mestringsforventning	.433**	.397**	-.216**	-.068	-

Note. * = $p < 0,05$. ** = $p < 0,01$.

De to sterkeste korrelasjonene var mellom mestringsforventning og de affektive og kognitive komponentene av holdning. Affektiv holdningskomponent korrelerte i tillegg signifikant negativt med opplevde hindringer, mens kognitiv holdningskomponent ikke korrelerte med andre av variablene. Det var derimot en positiv korrelasjon mellom opplevde hindringer og erfaringer med pasientgruppen, da begge disse fokuserte på negative aspekter.

4.4.2 Regresjon

For å gi en grundigere analyse av sammenhengen mellom variablene ble det kjørt en sekvensiell multipl regressjonsanalyse (tabell 5.0). Modellen for denne regressjonsanalysen vises i figur 1. Konstruksjonen av den hypotetiske modellen ble gjort på følgende måte:

Analyse 1: Mestringsforventning og erfaringer med pasientgruppen predikerer hindringer

Ut ifra tidligere gjennomført korrelasjonsanalyse (tabell 4.0) var det ingen sammenheng mellom erfaringer med pasientgruppen og mestringsforventning, disse ble derfor ansett som uavhengige av hverandre. Korrelasjonsanalysen (tabell 4.0) viste videre at det var en sammenheng mellom opplevde hindringer og erfaring med pasientgruppen, samt opplevde hindring og mestringsforventning. Ut ifra en teoretisk forståelse vil

mestringsforventninger påvirke hvor lenge man «holder ut» i møte med hindringer (Bandura, 1997). Det er derfor naturlig at mestringsforventninger kan påvirke opplevde hindringer. I tillegg viser teori til at hindringer bygger på opplevde erfaringer, enten egne eller gjennom andre (Boud & Walker, 1993). Jeg tenker derfor at mestringsforventninger og erfaringer med pasientgruppen kommer forut for opplevde hindringer og i så måte predikerer denne.

Analyse 2: Mestringsforventning og opplevde hindringer predikerer den affektive komponenten av holdning

Tidligere gjennomført korrelasjonsanalyse viser at det er en sammenheng mellom mestringsforventning og den affektive holdningskomponenten, samt opplevde hindringer og affektiv holdningskomponent (tabell 4.0). Korrelasjonsanalysen viste også at det ikke var noen sammenheng mellom erfaringer med pasientgruppen og den affektive holdningskomponenten. Erfaringer med pasientgruppen blir derfor ikke tatt med i analyse 2. Ut ifra teori vil mestringsforventninger påvirke følelser (Bandura, 1997), mens opplevde hindringer vil kunne påvirke holdninger, og da spesielt i form av følelser (Boud & Walker, 1993). Derfor tror jeg at opplevde hindringer og mestringsforventninger kommer forut for den affektive holdningskomponenten og kan predikere denne.

Analyse 3: Mestringsforventning og affektiv holdning predikerer kognitive holdninger

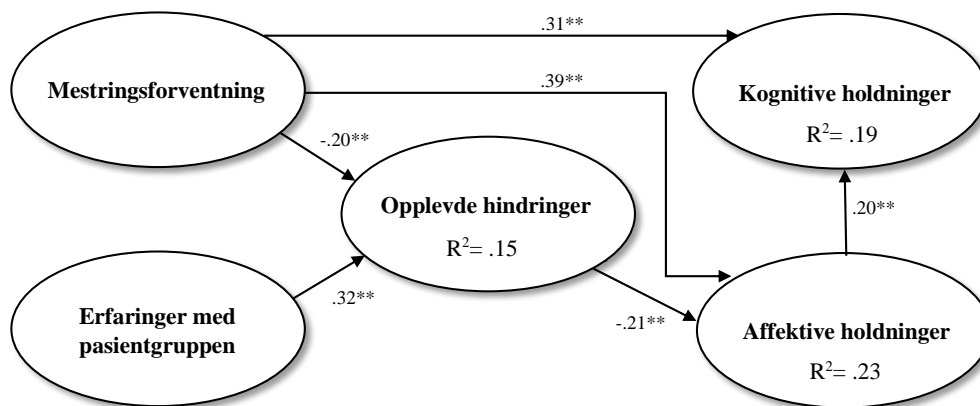
Ut i fra tidligere gjennomført korrelasjonsanalyse er det en sammenheng mellom mestringsforventning og den kognitive holdningskomponenten, samt affektiv holdningskomponent og den kognitive holdningskomponenten (tabell 4.0). For erfaringer med pasientgruppen var det ingen sammenheng med den kognitive holdningskomponenten (tabell 4.0), og blir derfor ikke tatt med i analyse 3. Det var heller ingen sammenheng mellom opplevde hindringer og den kognitive holdningskomponenten (tabell 4.0). Denne er heller ikke tatt med i analyse 3. Ut ifra teori vil den affektive holdningskomponenten ha dypest røtter (Borchs-Haukedal & Bjørvik, 2010), det er derfor naturlig å tro at denne kommer forut for den kognitive holdningskomponenten. Vi tror med dette at den affektive holdningskomponenten og mestringsforventning vil predikere den kognitive holdningskomponenten.

Tabell 5.0: Sekvensiell multipl regressjonsanalyse.

Uavhengige variabler	Avhengig variabel	β	R^2
Analyse 1	Opplevde hindringer		.15
1. Mestringsforventning		-.20**	
2. Erfaringer med pasientgruppen		.32**	
Analyse 2	Affektiv holdning		.23
1. Mestringsforventning		.39**	
2. Opplevde hindringer		-.21**	
Analyse 3	Kognitiv holdning		.19
1. Mestringsforventning		.31**	
2. Affektiv holdning		.20**	

Note. *= $p < .05$; **= $p < .01$, (2-tailed)

Tabell 5.0 viser at både mestringsforventninger og erfaringer med pasientgruppen er signifikante forklaringsvariabler til opplevde hindringer, og at disse tilsammen forklarer 15 prosent av variansen i skåren for opplevde hindringer. Tabell 5.0 viser videre at erfaringer med pasientgruppen var den sterkeste forklaringsvariabelen for opplevde hindringer. I analyse 2 er både mestringsforventninger og opplevde hindringer signifikante forklaringsvariabler til den affektive holdningskomponenten. Disse to forklarer tilsammen 23 prosent av variansen i skåren for den affektive holdningskomponenten. Mestringsforventninger forklarer mest av denne variansen. I analyse 3 er både mestringsforventninger og affektiv holdningskomponent signifikante forklaringsvariabler til den kognitive holdningskomponenten. Til sammen forklarer disse to variablene 19 prosent av variansen i skåren for den kognitive holdningskomponenten. Det er mestringsforventninger som forklarer mest av variansen. Den hypotetiske modellen av disse analysene vises under i figur 1.



Figur 1. Den hypotetiske modellen med forklarende variabler som ble funnet ved sekvensiell multipl regressjonsanalyse.

Jeg kjørte en missing value analyse i SPSS på de ulike analysene i den sekvensielle multiple regresjonen. Dette ble gjort ettersom det kan oppstå et problem med manglende verdier i dataene ved sammenslåing av flere variabler, slik som ved regresjonsanalyser (IBM, 2013). En stor andel manglende verdier vil kunne påvirke resultatene. I analyse 2 og 3 var det mindre enn 5 prosent av verdiene som manglet, noe som kan sies å være få manglende verdier (IBM, 2013). I Analyse 1 var det 5,8 prosent manglende verdier noe som gjør at jeg må ta hensyn til dette i vurderingen av resultatene for denne analysen.

4.4.3 Oppsummering av resultatene

Resultatene i foreliggende studie viste at det var positive holdninger til bruk av fysisk aktivitet for det samlede utvalget, sett ved høye skårer for både affektive og kognitive holdningskomponenter. For opplevde hindringer ble det angitt større grad av hindringer hos pasientene enn for praktiske hindringer ved institusjonen. Gjennomsnittet på skalaen om erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet var omtrent ved midtpunktet for skalaen. Det var derfor hverken spesielt negative eller positive erfaringer for pasientenes forhold til fysisk aktivitet. I forhold til minimum-maksimum verdier var det det en høy total gjennomsnittsskåre i skalaen om mestringsforventning for å bruke fysisk aktivitet.

Det var ingen kjønnsforskjeller blant ansatte i studien. Ansatte ved DPS-ene opplevde signifikant større grad av hindringer enn ved de psykiatriske sykehusene. Det var også

en signifikant høyere skåre på den kognitive holdningskomponenten blant ansatte ved DPS-ene enn ved de psykiatriske sykehusene. For ansatte med 100 prosent stilling var det signifikant mindre grad av opplevde hindringer enn for deltidsansatte. Når det gjaldt de ulike yrkesgruppene hadde behandlingsansvarlig personal signifikant mindre grad av opplevde hindringer enn både sykepleierne og andre pleiere/miljøpersonal. Blant de ulike aldersgruppene hadde ansatte under 30 år signifikant høyere skåre på den kognitive holdningskomponenten enn de over 50 år. De deltakerne som oppga at det var ansatte med utdanning i FA/idrett ved institusjonen hadde signifikant høyere skåre på kognitive og affektive holdningskomponenter, og signifikant mindre opplevde hindringer og negative erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet, enn de som ikke hadde ansatte med utdanning i FA/idrett.

Korrelasjonsanalysen i studien viste at det var en signifikant positiv sammenheng mellom de affektive og kognitive holdningskomponentene uten at de korrelerte for høyt, samt mestringsforventninger. Opplevde hindringer korrelerte signifikant negativt med både den affektive holdningskomponenten og mestringsforventninger. Erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet korrelerte kun med opplevde hindringer, og denne sammenhengen var positiv.

Den sekvensielle multiple regresjonsanalysen viste at 15 prosent av variansen i skåren for opplevde hindringer kan forklares gjennom mestringsforventninger og erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet. Erfaringer med pasientgruppen var den sterkeste forklaringsvariabelen. Videre forklarer mestringsforventninger 23 prosent av variansen i den affektive holdningskomponenten. Mestringsforventning var den sterkeste forklaringsvariabelen. Tilslutt viste resultatene at 19 prosent av variansen i skåren for den kognitive holdningskomponenten kan forklares ut ifra mestringsforventning og affektiv holdningskomponent. Mestringsforventning var også her den sterkeste forklaringsvariabelen.

5.0 Diskusjon

Under følger en diskusjon av de viktigste funnene i denne studien. Strukturen på diskusjonen av resultatene vil følge oppsettet til problemstillingene. Etter dette diskuteres metoden og hvordan denne kan ha påvirket resultatene. Til slutt presenteres studiens praktiske betydning og behovet for videre forskning.

5.2 Diskusjon av resultater

5.1.2 Ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling

Holdninger til bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsevern

Med henvisning til teorikapittelet ble det i denne studien skilt mellom kognitive og affektive komponenter av holdning. Resultatene viste at for den kognitive holdningskomponenten skåret deltakerne høyt for bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsevern. Det var høye skårer på underskalaene for helseeffekter og sosiale effekter av fysisk aktivitet. Dette er i samsvar med funn i en rekke studier, der ansatte oppga at fysisk aktivitet vil kunne gi gunstige fysiske, psykiske og sosiale effekter for mennesker med psykiske lidelser (Theologia et al., 2015; Stubbs et al., 2014b; Happell et al., 2013b; Happell et al., 2012b; Burton et al., 2010; Faulkner & Biddle, 2002). Det ser derfor ut til å være en høy grad av forståelse av at fysisk aktivitet kan gi en rekke effekter for mennesker med psykiske lidelser.

I denne studien ble det likevel angitt en høyere skåre for helseeffekter enn for sosiale effekter av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. En nærmere titt på detaljer i skalaene (vedlegg 6) viste at det var en større andel av deltakerne som hadde svart «vet ikke» på utsagnene om sosiale effekter enn helseeffekter. Det ser derfor ikke ut til at deltakerne nødvendigvis var mer uenige i at fysisk aktivitet ville være gunstig for sosiale effekter enn for helseeffekter. Det kan i stedet bety at kunnskapsnivået om sosiale effekter av fysisk aktivitet er dårligere enn for kunnskapen om helseeffektene, og at det derfor er flere som er usikre på sosiale effekter av fysisk aktivitet. I følge Leung (2001) kan en høyere andel av svar i en «vet ikke» kategori skyldes at spørsmålene er uklart formulert. Jeg kan derfor ikke utelukke at utsagnene om sosiale effekter har vært for vagt formulert og at dette kan forklare noe av forskjellen. På den andre siden viste underskalaen om sosiale effekter god indre konsistens ($\alpha = .81$), noe som reduserer sannsynligheten for at dette kan ha vært tilfelle.

I tråd med funnene om ansattes forståelse av effektene av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser, svarte også de ansatte at fysisk aktivitet burde ha en viktig plass i psykisk helsevern. Det var likevel et skille for utsagnet om at fysisk aktivitet var en viktig del av en terapeutisk tilnærming til mennesker med psykiske lidelser, der 52,1 prosent var helt enige mens 42 prosent var delvis enige. Selv om dette også kan sies å være en positiv holdning til fysisk aktivitet som et terapeutisk virkemiddel, viser det på den andre siden et mønster der graden av enighet med utsagnet er lavere enn for de andre utsagnene. For å tolke dette vil jeg henvise til en studie av Faulkner & Biddle (2002). I deres studie var ansatte ved døgnavdelinger svært positive til både effekter av fysisk aktivitet og bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling. Det ble samtidig trukket frem at fysisk aktivitet ikke ble ansett som et terapeutisk verktøy, men mer som en måte å gi distraksjon til pasienter som kjedet seg (Faulkner & Biddle, 2002). Det kan derfor tenkes at funnene i foreliggende studie indikerer et lignende mønster, der den terapeutiske effekten av fysisk aktivitet ansees som sekundær i forhold til «hovedmålet» som er å gi pasientene noe å gjøre. Ifølge Faulkner & Biddle (2002) vil et slikt syn kunne redusere bruken av fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

I foreliggende studie svarte nesten alle de ansatte at fysisk aktivitet burde være en del av helseutdanninger som omhandler psykisk helse. Det er også i en rekke studier sett at ansatte med forskjellig yrkesbakgrunn anser det å bruke fysisk aktivitet, enten i form av å anbefale, gi råd eller gjennomføre aktiviteten, som en del av deres jobb (Stubbs et al., 2014b; Robson et al., 2013; Happell et al., 2012b; Howard & Gamble, 2011). Både i studien til Stanton et al., (2014b) og Happell et al., (2013a) er det imidlertid angitt at en stor del av de ansatte kunne tenke seg mer opplæring i å veilede mennesker med psykiske lidelser til bruk av fysisk aktivitet. Det var kun 11 prosent av deltakerne i studien til Stanton et al., (2014b) som hadde tidligere opplæring i bruk av fysisk aktivitet. Det kan derfor se ut til at ansatte både trenger og er villige til å lære mer om bruk av fysisk aktivitet som del av behandlingen for mennesker med psykiske lidelser. Ifølge Stanton et al., (2014b) vil det å øke de ansattes kunnskapsnivå om bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling, være viktig for å øke sannsynligheten for å lykkes med å integrere fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

I likhet med funnene om den kognitive holdningskomponenten til de ansatte i denne studien var det også en høy skåre for den affektive komponenten av holdning. I underskalaen om verdi ble det angitt at følelsen av at fysisk aktivitet var verdifullt hadde en høy skåre (vedlegg 6). Dette er i tråd med tidligere forskning (Theologia et al.,

2015). I studien til Theologia et al., (2015) ble det også sett at en stor del av deltakerne følte at det å bruke fysisk aktivitet ville være komfortabelt og morsomt. Dette samsvarer med funn i underskalaen om opplevelse av å skulle bruke fysisk aktivitet som del av behandlingen.

Ut ifra både de kognitive og affektive holdningskomponentene til de ansatte i denne studien og tidligere forskning, kan det se ut til at ansatte i psykiatrisk behandling i alt har en positiv holdning til bruk av fysisk aktivitet som del av behandlingen. Stanton et al., (2015) trekker likevel frem at selv om det kan se ut til at det er høy aksept blant ansatte så er det fortsatt lite systematisk bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling. Det kan derfor tenkes at andre faktorer er med å begrense bruken av fysisk aktivitet.

Hindringer til å bruke fysisk aktivitet i psykisk helsevern

Funn i denne studien tyder på at i ansatte psykiatrisk behandling opplever større hindringer relatert til pasientene enn praktiske hindringer ved institusjonen. Mangel på motivasjon blant pasientene ble trukket frem som den viktigste hindringen. Dette samsvarer med funn i en rekke tidligere studier (Soundy et al., 2014; Theologia et al., 2015; Harding, 2013; Happell et al., 2013a; Faulkner & Biddle, 2002). I kartleggingsstudier av personer med psykiske lidelser er det derimot blitt sett at 30 til 50 prosent ønsker å bli mer fysisk aktive (Carpinello et al., 2013; Archie et al., 2007; Ussher et al., 2007). Gapet mellom intensjon og faktisk handling kan være en mulig forklaring på forskjellen mellom ansattes opplevelse av motivasjon blant pasientene og pasientenes egen oppfatning av ønsker om å være fysisk aktive (Farholm & Sørensen, 2016). Med dette menes at det å ønske å gjøre noe ikke er det samme som å faktisk gjøre det.

Gapet mellom intensjon og handling kan også trolig sees i sammenheng med pasientenes egne opplevelser av hindringer. I flere studier på mennesker med psykiske lidelser er bivirkninger av medisiner og symptomer på sykdom trukket frem som viktige hindringer for deltakelse i fysisk aktivitet (Glover et al., 2013; Happell et al., 2012b; Soundy, Kingstone & Coffee, 2012; Ussher et al., 2007). Dette er i samsvar med funn i både foreliggende studie og i studien til Soundy et al., (2014), der også ansatte angir at dårlig helsetilstand blant pasientene og bivirkninger av medisiner er viktige hindringer for bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling.

Hindringer til bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling foregår også på et systemisk og praktisk nivå (Stanton et al., 2015). I foreliggende studie var den hyppigste angitte hindringen av de praktiske hindringene mangel på motivasjon blant andre ansatte. Det var 56,7 prosent som oppgav dette som en viktig hindring eller en hindring. Lignende funn er sett i en studie av Theologia et al. (2015), der rett i overkant av 60 prosent oppga at manglende motivasjon blant andre ansatte var en hindring. Også i studien av Soundy et al. (2014) ble mangel på prioritering av fysisk blant andre ansatte sett på som den viktigste praktiske hindringen. Det var likevel en betydelig lavere andel av deltakerne som oppgav dette som en hindring enn i foreliggende studie. Dette kan skyldes at deltakerne i studien til Soundy et al., (2014) bestod kun av fysioterapeuter, og som på bakgrunn av sin utdanning kanskje føler at de er mindre avhengige av andre ansatte for å kunne bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

Retten i overkant av halvparten av deltakerne i foreliggende studie svarte at mangel på tid var en viktig hindring eller hindring. Lignende funn ble funnet i studien til Theologia et al., (2015). Mangel på tid var en langt mindre hindring i en studie av Harding (2013). De ansatte i studien til Harding (2013) jobbet ved «mental group homes», hvor enhetene er mindre enn i denne studien. Ved mindre enheter har man i større grad mulighet til individuell oppfølging (Harding, 2013), og det kan tenkes at dette kan være med på å forklare noe av forskjellen.

Mangel på egen personlig interesse for bruk av fysisk aktivitet var den hindringen som ble rapportert minst i denne studien. I likhet med dette var egen personlig interesse ansett som en av de minste hindringene i studien til Theologia et al., (2015). Deltakerne i studien til Theologia et al., (2015) rapporterte også en høy interesse for fysisk aktivitet og hadde et høyt aktivitetsnivå. Ut ifra dette kan derfor tenkes at deltakerne i foreliggende studie også hadde både et høyt aktivitetsnivå og en høy interesse for fysisk aktivitet, noe som kan være med å forklare hvorfor personlig interesse ble ansett som den minste hindringen (jamfør med diskusjon om utvalget senere i oppgaven).

For å oppsummere tyder funn i denne studien og med støtte i tidligere studier, at ansatte i psykisk helsevern opplever flere hindringer til bruk av fysisk aktivitet i behandlingen. Det ser ut til at mangel på motivasjon blant pasientene oppleves som den viktigste hindringen både i denne studien og i tidligere studier. Videre er dårlig helsetilstand, bivirkninger av medisiner, mangel på motivasjon hos andre ansatte og mangel på tid viktige opplevde hindringer.

Erfaringer med pasientenes forhold til fysisk aktivitet

På skalaen om de ansattes erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet var gjennomsnittskåren i nærheten av midtpunktet for skalaen. Det var også omtrent lik skåre for begge underskalaene. Rundt 80 prosent av de ansatte svarte at de hadde erfart at mennesker med psykiske lidelser hadde tro på at fysisk aktivitet ville være godt for både den fysiske og psykiske helsen (vedlegg 8). Likevel var det en stor andel i denne studien som var enige i at mennesker med psykiske lidelser unngår å være fysisk aktive fordi de tror de ikke klarer (vedlegg 8). Dette samsvarer med en studie av Happell et al., (2013b) av mennesker med psykiske lidelser. I den studien ble det observert at selv om pasientene hadde god kunnskap om effektene av fysisk aktivitet, så var de ikke fysisk aktive (Happell et al., 2013b). Dette kan trolig også henge sammen med at mennesker med psykiske lidelser opplever flere hindringer for å være fysisk aktive (Carpinello et al., 2013; Ussher et al., 2007). I så tilfelle vil ansattes støtte være viktig for å overkomme noen av disse hindringene (Stanton et al., 2015).

Blant de ansatte i denne studien var flest uenige i at mennesker med psykiske lidelser ikke er interessert i hjelp fra personalet til å være fysisk aktive. I en studie av Ussher et al., (2007) ble det observert at personer med psykiske lidelser opplevde at manglende støtte var en hindring for deltakelse i fysisk aktivitet. I samme studie ble det også sett at nær 60 prosent av pasientene kunne tenke seg hjelp og støtte til å være fysisk aktive (Ussher et al., 2007). Ut ifra disse funnene kan det se ut til at ansattes erfaringer er i tråd med pasientenes egne opplevelser. Det bør likevel tas i betraktning at nesten 35 prosent av deltakerne i denne studien var enige i at mennesker med psykiske lidelser ikke er interessert i hjelp fra personalet til å være fysisk aktive.

For å oppsummere ser det ut til at ansatte erfarer at mennesker med psykiske lidelser har god kunnskap om helseeffekter ved fysisk aktivitet. Det ser samtidig ut til at ansatte opplever at mennesker med psykiske lidelser har liten tro på å klare å være fysisk aktive. Flesteparten av de ansatte i denne studien har også erfart at mennesker med psykiske lidelser ønsker hjelp til å være mer fysisk aktive.

Mestringsforventning til å bruke fysisk aktivitet i psykisk helsevern

De ansatte i denne studien skåret ganske høyt på tro på egen evne til å kunne bruke fysisk aktivitet som del av behandlingen. Det var også liten forskjell i de enkelte utsagnene i skalaen. Til sammenligning med dette ble det både i studien til Harding (2013) og Howard & Gamble (2011) sett at en stor andel av de ansatte hadde tro på egen evne til å gi generelle råd om fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser.

Det samme ble sett i studien til Burton et al., (2010) som omhandlet kliniske psykologer. I samme studie var det derimot færre som hadde tro på egen evne til å gi spesifikk veiledning, ved for eksempel å jobbe med konkrete målsettinger om fysisk aktivitet (Burton et al., 2010). Theologia et al., (2015) hevder også at manglende tro på egen evne til å planlegge og gjennomføre den fysiske aktiviteten kan være en hindring til bruk av fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling. Dette er noe motstridende til hva funn i foreliggende studie indikerer, der ansatte hadde tro på egen kunnskap til å kunne bruke fysisk aktivitet som del av behandlingen (Vedlegg 9).

På tross av rapporterte opplevde hindringer i foreliggende studie, kan det se ut til at de ansatte har tro på egen evne til å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Tidligere studier har også sett en tro på egen evne til å gi råd om fysisk aktivitet, det er derimot rapportert lavere tro på evnen til å gjennomføre aktiviteten.

5.1.3 Gruppeforskjeller

Ut ifra litteratursøk er det kun studien til Theologia et al., (2015) som har sett noe på forskjeller i ulike typer ansatte. Den studien nevner likevel kun disse resultatene i en bisetning. Jeg har derfor ikke lyktes å finne noe særlig sammenligningsgrunnlag for data om forskjeller i ulike grupper av ansatte. Jeg tror at dette gjenspeiler den begrensede mengden av forskning som er gjort på dette feltet, noe som også er understreket av Stanton et al., (2014).

I foreliggende studie ble det ikke observert noen forskjeller mellom kjønn for hverken holdninger, opplevde hindringer, erfaringer med pasientgruppen eller mestringsforventninger til bruk av fysisk aktivitet som del av psykiatrisk behandling. I studien til Theologia et al., (2015) ble det heller ikke sett noen kjønnsforskjeller for holdninger og hindringer. Disse funnene kan derfor indikere at det ikke finnes noen kjønnsforskjeller blant ansatte i psykisk helsevern når det gjelder bruk av fysisk aktivitet i behandlingen. Det bør likevel nevnes at det var en skjevfordeling av kjønnene, noe som kan ha påvirket resultatene (jmfør med diskusjon av utalget senere i oppgaven).

Det var forskjeller mellom de ansatte ved psykiatriske sykehus og DPS-ene for underskalaen om verdi i den kognitive holdnings komponenten. Ansatte ved DPS-ene hadde en statistisk signifikant høyere gjennomsnittskåre enn de ansatte ved psykiatriske sykehus. Det er mulig at noe av denne forskjellen kan sees med utgangspunkt i organiseringen av psykisk helsevern. Ifølge Ruud & Gråwe (2007) vil de menneskene

som er mest syke bli sendt til de psykiatriske sykehusene. Det kan derfor tenkes at pasientens funksjonsnivå gjør at ansatte ved DPS-er anser fysisk aktivitet som noe mer verdifullt enn hva som er tilfellet for ansatte ved psykiatriske sykehus. Det bør likevel nevnes at størrelsen på denne forskjellen i praksis var ganske liten ($\eta^2=.02$). Funn i denne studien viste videre at det var større grad av praktiske hindringer for de ansatte ved DPS-ene enn for ansatte ved psykiatriske sykehus. Noe av dette kan trolig sees ut i fra at psykiatriske sykehus ivaretar funksjoner som krever mer spisskompetanse og større personellmessige ressurser (Helsedirektoratet, 2015; Ruud & Gråwe, 2007). Det er derfor også flere ansatte per pasient, noe som er relevant å tro at kan redusere opplevelsen av praktiske hindringer.

Blant deltakerne i denne studien opplevde ansatte med 100 prosent stilling mindre grad av praktiske hindringer ved institusjonen og hindringer hos pasientene enn ansatte med 50-99 prosent stilling. Det er hevdet at deltidsansatte ikke får muligheten til å delta i samme grad som heltidsansatte når det gjelder opplegg for fysiske aktiviteter (Markey, Kowalczyk & Pomfret, 2003). Dette er også bekreftet i en studie på ansatte innenfor helsesektoren i Norge (Jacobsen, 2000). Det kan derfor tenkes at deltidsansatte føler seg mer maktesløse i forhold til å kunne påvirke eventuelle praktiske hindringer for bruk av fysisk aktivitet ved institusjonen. På den andre siden var det effektstørrelsen på forskjellen for opplevelsen av praktiske hindringer, mellom deltids og-heltidsansatte, liten. Når det gjelder opplevde hindringer hos pasientene er det mulig at en ansatt med lavere stillingsprosent har mindre kjennskap til pasientene, og ut i fra dette opplever flere hindringer. Det kan også tenkes at relasjonen mellom pasientene og ansatte som jobber heltid er sterkere enn for de som jobber deltid. Ifølge Lassenius et al., (2014) vil relasjonen være viktig når man skal motivere mennesker med psykiske lidelser til å være fysisk aktive.

Det var også forskjeller i opplevde hindringer for de ulike yrkesgruppene i denne studien. Behandlingsansvarlig personal, som bestod av leger og psykologer, rapporterte betydelig mindre grad av praktiske hindringer enn sykepleierne. Legene og psykologene opplevde også mindre hindringer hos pasientene enn hva gruppen med hjelpepleiere, miljøarbeidere og miljøterapeuter gjorde. Det er naturlig å tenke at noe av denne forskjellen kan ligge i jobbens egenart. Det er for eksempel mer sannsynlig at det vil være sykepleiere, hjelpepleiere, miljøarbeidere eller miljøterapeuter som gjør jobben med å bruke fysisk aktivitet i behandlingen, mens legene og psykologene heller vil holde seg til å gi råd om fysisk aktivitet. Både de praktiske og pasient relaterte

hindringene vil trolig derfor oppleves på et nærmere hold for miljøpersonalet. Det var noe overraskende at aktivitetspersonale ikke skilte seg fra de andre gruppene av ansatte i forhold til bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen. På den andre siden var de ansatte i denne studien generelt sett positive, og det kan derfor ha vært vanskeligere å oppdage forskjeller mellom yrkesgruppene.

Det var noen aldersforskjeller i foreliggende studie, der ansatte under 30 år hadde høyere grad av positive kognitive holdningskomponenter sammenlignet med ansatte over 50 år. Det kan tenkes at ansatte over 50 år er mer fastlåst i gamle behandlingsmetoder, der medisinsk behandling tradisjonelt sett er blitt ansatt som det viktigste behandlingsformen (Kringlen, 2012). På den andre siden hadde også de ansatte over 50 år en høy skåre på den kognitive komponenten av holdning og størrelsen på forskjellene var liten ($\eta^2=.03$).

Når det gjaldt hvordan arbeidet med fysisk aktivitet var organisert ble det funnet en rekke forskjeller i studien. De deltakerne som rapporterte at det var ansatte med utdanning i fysisk aktivitet/idrett ved institusjonen, hadde høyere skåre for både kognitive og affektive komponenter av holdning, høyere grad av positive erfaringer sett ved lavere skåre i underskalaen om negativ forventninger, og opplevde også mindre grad av både praktiske hindringer og pasient hindringer. I tidligere studier på ansatte i psykiatrisk behandling er personer med utdanning relatert til fysisk aktivitet ansett som en viktig ressurs til å drive fysisk aktivitet (Happell et al., 2013a; Harding, 2013). I studien til Theologia et al., (2015) ble også mangel på kvalifisert personell ansett som en vesentlig hindring til bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Disse funnene kan tyde på at det å ha ansatte med utdanning i fysisk aktivitet/idrett ved institusjonen kan ha positiv påvirkning på andre ansattes holdninger, erfaringer og opplevde hindringer til bruk av fysisk aktivitet. Det bør likevel nevnes at det var kun for opplevde hindringer at det var stor forskjell mellom gjennomsnittskårene. Det å ha ansatte med utdanning i fysisk aktivitet/idrett kan derfor se ut til å være spesielt viktig for å redusere opplevde hindringer av å skulle bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

For å oppsummere så ser det ut til at det ikke finnes noen kjønnsforskjeller mellom ansatte i foreliggende studie når det gjelder holdninger, opplevde hindringer, erfaringer eller mestringsforventninger. Når det gjelder de andre gruppeinndelingene av ansatte kunne det sees enkelte forskjeller ut ifra behandlingssted, stillingsprosent, yrkesgruppe

og aldersgruppe. De fleste forskjellene ble observert mellom ansatte som rapporterte at det var personer med utdanning i fysisk aktivitet/ idrett ved institusjonen og de som ikke hadde det.

5.1.4 Sammenhenger mellom holdninger, erfaringer med pasientgruppen, opplevde hindringer og mestringsforventninger

Sammenhengene mellom holdningene og erfaringer med pasientenes forhold til fysisk aktivitet, opplevde hindringer og mestringsforventninger ble gjort ved både korrelasjonsanalyser og regresjonsanalyser. Det er derfor viktig å påpeke sammenhengene i denne studien ikke er kausale (Pallant, 2005). For flere av variablene i modellen vil det være en mulighet for at forklaringskraften kan gå flere veier.

Selv om jeg kun kan diskutere sammenhengene mellom de ulike variablene i denne studien med forsiktighet, ble det ved hjelp av korrelasjonsanalyser (Pearsons r) og sekvensiell multipl regressjon konstruert en hypotetisk modell (figur 1.). Modellen viser at 19 prosent av variansen i den kognitive holdningskomponenten kan forklares ut ifra mestringsforventninger og affektiv holdningskomponent. Mestringsforventning ser ut til å forklare mest av forskjellen i den kognitive holdningskomponenten, noe som tyder på at troen på egen evne til å bruke fysisk aktivitet som del av behandlingen er viktig med tanke på kognitive holdninger. Dette er også bekreftet i tidligere forskning på andre temaer blant ansatte i helsevesenet (Dillon & Lending, 2010; Dillon, Lending, Crews & Blankenship, 2003).

Selv om mestringsforventninger forklarte mest av variansen i den kognitive holdningskomponenten bidro også den affektive holdningskomponenten signifikant og unikt. Av enkelte er det hevdet at den affektive holdningskomponenten er lettere tilgjengelig enn den kognitive holdningskomponenten (Verplanken et al 1998), og ifølge Krosnick et al. (1993) vil styrken på holdningene blant annet være påvirket av hvor lett tilgjengelige de er. Det er også hevdet at når kognitive og affektive holdningskomponenter er forskjellige fra hverandre så vil følelser være dominerende (Lavine et al, 1998). Med bakgrunn i dette er det derfor rimelig å tro at den affektive holdningskomponenten kommer forutfor den kognitive holdningskomponenten, og i så måte vil kunne forklare noe av variansen i denne, noe modellen (figur 1.) også viser.

Videre viser modellen (figur 1.) at 23 prosent av variansen i den affektive holdningskomponenten kan forklares ut ifra mestringsforventninger og opplevde hindringer. Det var mestringsforventninger som forklarte mest av variansen. Teori

påpeker at troen på egen evne til å gjennomføre en bestemt handling vil kunne påvirke følelser (Bandura, 1997). For å illustrere dette så vil man for eksempel ved lav tro på egen evne til å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen trolig føle at dette er ukomfortabelt. Dermed er det ikke unaturlig å tenke at mestringsforventninger kan være viktige for hvilke affektive holdninger vi har til et bestemt holdningsobjekt.

Opplevde hindringer bidro også signifikant og unikt til variansen i den affektive holdningskomponenten. Høyere grad av opplevde hindringer kunne sees i en negativ sammenheng med affektive holdninger. Ut ifra holdningsteori vil holdninger påvirkes av omgivelsene man oppholder seg i (Bjerke og Svebak, 1997). Ettersom hindringer vil være en del av disse omgivelsene er det derfor sannsynlig at disse vil kunne sees i sammenheng med den affektive holdningskomponenten. Boud & Walker (1993) trekker også frem at hindringer kan påvirke hvilke følelser vi opplever i spesifikke situasjoner. Et konkret eksempel på dette kan være at hvis man opplever at pasienter er lite engasjert i forhold til å være fysisk aktive, så vil det være naturlig å tro at dette vil kunne påvirke ansattes følelse av om det er gøy eller kjedelig å fremme bruk av fysisk aktivitet.

Derimot viser modellen (figur.1) og korrelasjonsanalysen at det ikke var noen sammenheng mellom opplevde hindringer og den kognitive holdningskomponenten. Dette funnet gir mening hvis vi tar utgangspunkt i at det var få som oppga mangel på egen personlig interesse for fysisk aktivitet som en hindring (vedlegg 7). Med dette menes at selv om det var flere praktiske hindringer og pasient hindringer vil ikke dette nødvendigvis henge sammen med din egen personlige interesse for fysisk aktivitet. Og ettersom personlig interesse mest sannsynlig vil være tilknyttet kognitive holdninger (Crano & Prislin, 1995), vil en slik forklaringsmodell være logisk.

Modellen (figur.1) viser at 15 prosent av variansen i opplevde hindringer kan forklares ut ifra erfaringer med pasientgruppen og mestringsforventninger. Det var erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet som forklarte mest av sammenhengen. Dette er i tråd med litteratur der opplevde hindringer er basert på erfaringer (Boud & Walker, 1993). Også mestringsforventninger var en unik og signifikant forklaringsvariabel til opplevde hindringer. Ut ifra teori gir dette mening. Ifølge Bandura (1997) vil tro på egen evne være sentralt for hvor lenge man holder ut i møte med hindringer og utfordringer. Et konkret eksempel fra denne studien kan være at høy tro på egen kunnskap om fysisk aktivitet trolig vil kunne redusere opplevelsen av at kunnskap er en hindring.

Det var noe overraskende at erfaringer med pasientgruppen ikke hadde en signifikant sammenheng med hverken mestringsforventninger eller affektive og kognitive komponenter av holdning i denne studien. Ut ifra tilgjengelig teori er erfaringer viktige for både holdninger og mestringsforventninger (Eagly & Chaiken, 2007; Bandura, 1997).

For å oppsummere kan det se ut til at mestringsforventninger og affektive komponenter av holdning er viktig for den kognitive holdningskomponenten. Det kan også virke ut som mestringsforventninger og opplevde hindringer har en betydning for den affektive holdningskomponenten. Ut i fra den hypotetiske modellen (figur.1) vil det være spesielt viktig å fokusere på mestringsforventninger til bruk av fysisk aktivitet for å kunne påvirke holdningene. Det bør likevel igjen nevnes at jeg ikke kan trekke noen kausale sammenhenger, og at det finnes en mulighet for at retningen mellom variablene i modellen (figur 1.) kan gå flere veier.

5.2 Diskusjon av metode

5.2.1 Metodiske betraktninger

Det er noen metodiske betraktninger som bør tas hensyn til når resultatene i denne studien skal tolkes. En generell utfordring tilknyttet spørreskjemaer er at de er mindre presise enn objektive målemetoder (Solberg & Anderssen, 2002). Selv om jeg prøvde å formulere spørsmålene nøytralt er det ifølge Lietz, (2008) vanskelig å unngå at sosiale normer kan påvirke hvordan deltakere svarer på spørreskjemaer. Med dette menes at respondentene kan ha en tendens til å avgi svar som får den enkelte til å fremstilles i et mer positivt lys enn hva tilfellet egentlig er (Lietz, 2008, s.4). Det kan derfor ikke utelukkes at det generelle positive forholdet til bruk av fysisk aktivitet, kan være påvirket av hva de ansatte i foreliggende studie følte var sosialt ønskelig.

På to av de returnerte spørreskjemaene gav deltakerne uttrykk for at begrepet om psykiske lidelser var for bredt, og at derfor ville vært mer hensiktsmessig å spørre om bruk av fysisk aktivitet opp mot en bestemt diagnose. Det kan derfor tenkes at enkelte deltakere har opplevd at spørreskjemaet ikke var detaljert nok, noe som kan skape frustrasjon og lavere svarprosent (Lietz, 2008). På den andre siden var svarprosenten god i forhold til tidligere spørreskjemaer på området og det var få som svarte «vet ikke» på utsagnene i spørreskjemaet.

Som nevnt i metodedelen ble det ikke brukt sannsynlighetsutvelgelse i denne studien. Dette kan øke sannsynligheten for at det har skjedd en utvalgsskjevhet (Drageset &

Ellingsen, 2009). Resultatene i foreliggende studie kan for eksempel være påvirket av at det var en stor forskjell i fordelingen av kjønn, alder og yrkesgrupper. På den andre siden tror jeg at fordelingen i utvalget gjenspeiler hvilke grupper ansatte som finnes i psykisk helsevern, noe tall fra Statistisk Sentralbyrå (2014) også bekrefter. At institusjonene i denne studien ikke ble tilfeldig utvalgt kan likevel påvirke resultatene. Det er for eksempel mulig at de institusjonene som ble valgt ut til å delta i studien hadde et høyere fokus på bruk av fysisk aktivitet enn andre sammenlignbare institusjoner i Norge.

I foreliggende studie var responsraten rett i overkant av 50 prosent. Sammenlignet med tidligere studier på feltet er dette en god svarprosent. Robson et al., (2013) hevder også at det er uvanlig å ha en svarprosent på over 50 prosent på ansatte i psykiatrisk behandling. Selv om svarprosenten kan sies å være god i forhold til tidligere studier, så vet jeg ingenting om nesten halvparten av de ansatte som ble invitert til å delta i denne studien. I følge Boynton (del 2 2004) er det i vitenskapelige sammenhenger like interessant og vite noe om dem som ikke svarer, som dem som svarer. Det kan også tenkes at de som svarte på spørreskjemaet også var de ansatte som var mest interessert i temaet for studien. Det er derfor mulig at dette kan være med på å gi en forklaring på noen av de positive funnene i denne studien til bruk av fysisk aktivitet.

Det ble ikke beregnet noen statistisk styrke i foreliggende studie. Ifølge Thomas, Nelson & Silverman (2011) er det viktig med tilstrekkelig statistisk styrke for å unngå type I og type II feil. På den andre siden ble det ikke laget noen hypoteser i denne studien som skulle bekreftes eller avkreftes. Videre hadde studien et utvalg på over 200 ansatte, noe som er større enn i flere tidligere studier, og ifølge Thomas et al., (2011) vil et stort utvalg øke den statistiske styrken. Det ble derfor ikke beregnet statistisk styrke, selv om hensikten med dette kan diskuteres.

5.2.2 Vurdering av studiens validitet og reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor treffsikre metodene vi bruker er og kan blant annet sees igjennom konsistens eller stabilitet i målinger (Grønmo, 2010). I denne studien ble testingen av de ulike skalaenes indre konsistens gjort ved Cronbachs alfa, som handler om i hvor stor grad det er en korrelasjon mellom det enkelte utsagnene og gjennomsnittet av de øvrige. De fleste av skalaene i foreliggende studie hadde god indre konsistens, og det var ingen som hadde lavere enn $\alpha = .70$, noe som kan sies å være akseptabelt (George & Mallery, 2003). Det ble derimot ikke gjennomført noen test-

retest i studien. Jeg har derfor ingen mulighet til å kunne utale oss om stabiliteten til målingene (Grønmo, 2010). På den andre siden kan det diskuteres hvor stabile holdninger og opplevelser er og hvor meningsfullt det vil være å måle stabiliteten i slike type variabler.

Ifølge Grønmo (2010) vil god reliabilitet være en forutsetning for god validitet. Med validitet menes i hvilken grad man kan trekke gyldige slutninger om det som er formålet med studien (Laake et al., 2008). Det kan skilles mellom begrepsvaliditet, intern og ekstern validitet. Begrepsvaliditet er knyttet til gyldigheten til selve begrepet vi studerer (Laake et al., 2008). I denne studien ble det gjennomført både en forhåndsundersøkelse, samt at eksperter med lang erfaring innenfor arbeid i psykisk helsevern ble invitert til å være med å utforme spørsmålene og utsagnene i spørreskjemaet, noe som er en styrke (Rattray & Jones, 2007). Spørreskjemaet ble også utviklet med bakgrunn i utsagn og spørsmål fra tidligere spørreskjemaer og skalaer. Det ble likevel gjort noen forandringer på disse som kan gjøre at reliabiliteten og validiteten er noe svekket. Samtidig er spørreskjemaet i denne studien det eneste, utenom Theologia et al., (2015), som har tatt utgangspunkt i psykologiske teorier for å undersøke ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet som del av psykiatrisk behandling. Ifølge Biddle & Mutrie (2007) vil dette kunne styrke begrepsvaliditeten til denne studien. Jeg tror derfor det er grunn til å kunne hevde at spørsmålene og utsagnene i spørreskjemaet til denne studien belyser adekvate sider ved det de fenomenene jeg ønsker å kartlegge.

Intern og ekstern validitet henger sterkt sammen og angir om vi trekker gyldige konklusjoner fra studien (Laake et al., 2008). Intern validitet er knyttet til valid inferens til den populasjonen vi studerer, mens den eksterne validiteten har med generaliserbarhet å gjøre (Laake et al., 2008, s.136). I foreliggende studie kan manglende tilfeldighet i valg av institusjonene i utvalget og en svarprosent på rundt 50 ha svekket den interne validiteten. På den andre siden tror jeg at de utvalgte institusjonene ikke skiller seg vesentlig fra andre institusjoner innenfor psykisk helsevern i Norge. En svarprosent på rundt 50 er vanlig ved bruk av spørreskjema (Robson et al., 2013) og jeg hadde en høyere svarprosent enn flere av de tidligere studiene på feltet. Det var også et større utvalg i denne studien enn i mange av de tidligere studiene. Når det gjelder den eksterne validiteten hevder Laake et al., (2008) at diskusjonen av ekstern validitet i stor grad er avhengig av vurderinger og spekulasjoner, og ikke klare kriterier. Jeg mener at på bakgrunn av lignende karakteristikk mellom utvalget i denne studien og tilgjengelig statistikk på populasjonen (SSB, 2014), så

skiller ikke utvalget i denne studien seg vesentlig fra populasjonen, men jeg kan ikke uten videre generalisere til alle ansatte i psykisk helsevern.

5.3 Praktisk betydning og videre forskning

Denne studien har bidratt til å kartlegge ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen i psykisk helsevern. Ettersom ansatte trolig har en viktig rolle for bruken av fysisk aktivitet (Stanton et al., 2014), kan funn i denne studien bidra til å få en bedre forståelse av hvilket potensial fysisk aktivitet har i psykiatrisk behandling. Studien har i tillegg sett på forskjeller i ulike grupper ansatte og sammenhenger i ansattes forhold til bruk av fysisk aktivitet som en del av psykiatrisk behandling. Disse funnene kan bidra til å øke kunnskapen om hvordan man kan lykkes med å implementere fysisk aktivitet som en del av behandlingen i psykisk helsevern.

Et spesielt spennende funn i foreliggende studie var at det var en del forskjeller mellom det å ha ansatte med utdanning i fysisk aktivitet/idrett ved institusjonen og det å ikke ha det. For å få en bedre forståelse av hvilken betydning ansatte med utdanning i fysisk aktivitet/idrett kan ha for å lykkes med å integrerer fysisk aktivitet i psykisk helsevern, bør fremtidig forskning undersøke dette mer detalj.

6.0 Konklusjon

Funnene i denne studien viste at ansatte som jobbet ved psykiatriske institusjoner hadde positive holdninger til bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen. De ansatte hadde erfart at mennesker med psykiske lidelser hadde god kunnskap om effekter av fysisk aktivitet, men at det samtidig var få som hadde tro på å klare å være fysisk aktive. Det ble observert at ansatte rapporterte større grad av hindringer hos pasientene enn praktiske hindringer ved institusjonen. Det ble også oppgitt en høy tro på egen evne til å skulle bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

Det var forskjeller i den kognitive holdningskomponenten for behandlingsstedene, aldersgruppene og blant de ansatte som oppga at det var/ var ikke personer med utdanning i FA/idrett ved institusjonen. Det ble videre observert forskjeller i opplevde hindringer blant behandlingsstedene, yrkesgruppene, heltids-og deltidsansatte, og de ansatte som oppga at det var/ var ikke personer med utdanning i FA/idrett ved institusjonen. Det var også forskjeller for erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet og den affektive holdningskomponenten mellom de som hadde ansatte med utdanning i FA/idrett og de som ikke hadde det.

Funn i denne studien kan tyde på at mestringsforventninger og affektive komponenter av holdning er viktig for den kognitive holdningskomponenten. Det kan også virke ut som mestringsforventninger og opplevde hindringer har en betydning for den affektive holdningskomponenten. Det var ingen sammenheng mellom ansattes erfaringer med pasientgruppens forhold til fysisk aktivitet for noen av holdningskomponentene.

Referanseliste

- Abbass, Kiseley, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S. & Crowe, E. (2006). This Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD004687.
- Abu-Omar, K., Rütten, A., & Lehtinen, V. (2004). Mental health and physical activity in the European Union. *Sozial-und Präventivmedizin*, 49(5), 301-309.
- Ahearn, E. P. (1997). The use of visual analog scales in mood disorders: a critical review. *Journal of psychiatric research*, 31(5), 569-579.
- Aitken, R. C. B. (1969). A growing edge of measurement of feelings. *Proc R Soc Med*, 62, 989-993.
- Ajdacic-Gross, V. (2014). The prevention of mental disorders has a bright future. *Frontiers in public health*, 2(60).
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. England: McGraw-Hill Education
- Ajzen, I. (2002). From intentions to actions: A theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual review of psychology*, 52(1), 27-58.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-21
- Ajzen, I. (1989). Attitude structure and behavior. I: Pratkanis, A.R, Breckler, S.J., & Greewald, A.J, *Attitudes and Persuasion* (s. 241-274). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Albarracin, D., Johnson, B.T., & Zanna, M.P., & Kumkale, G.T. (2014) Attitudes: Introductions and Scope. I: Albarracin, D., Johnson, B.T., & Zanna, M.P (Red.), *The Handbook of Attitudes* (s. 3-20). New York: Lawrence Erlbaum Associates
- Alexandratos, K., Barnett, F., & Thomas, Y. (2012). The impact of exercise on the mental health and quality of life of people with severe mental illness: a critical review. *The British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 48-60.
- Al-Hindawe, J. (1996). Considerations when constructing a semantic differential scale. *La Trobe Papers in Linguistics*, 9(7).
- Alonso, J. & Lepine, J.P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 3-9.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA.: American Psychiatric Association.
- Anderssen, S.A., Hansen, B.H., Kolle, E., Steene-Johannessen, J., Børsheim, E., Holme, I., & Kan1-gruppen. (2009). Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. Oslo, Norge, Helsedirektoratet.
- Atkin, A. J., Gorely, T., Clemes, S. A., Yates, T., Edwardson, C., Brage, S., & Biddle, S. J. (2012). Methods of measurement in epidemiology: sedentary behaviour. *International journal of epidemiology*, 41(5), 1460-1471.
- Archie, S. M., Goldberg, J. O., Landeen, J., McColl, L., & McNiven, J. (2007). Psychotic disorders, eating habits, and physical activity: who is ready for lifestyle changes?. *Psychiatric Services*.
- Australian Institute of Health and Welfare (2012). *Nursing and Midwifery Workforce 2011 (Rapport 6/2012)*. Hentet fra <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129545314>
- Babiyak, M., Blumenthal, J. A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., & Krishnan, K. R. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic medicine*, 62(5), 633-638.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986): *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall. London.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(307-337).
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company
- Beebe, L. H., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Allen, S. S., & Kuldau, J. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 661-676.
- Befring, E. (2010). *Forskningsmetode- med etikk og statistikk (2. utgave)*. Oslo: Det Norske Samlaget.

- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A. & McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: A systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 568–579.
- Bergström, G., Börjesson, M., & Schmidt, C. (2015). Self-efficacy regarding physical activity is superior to self-assessed activity level, in long-term prediction of cardiovascular events in middle-aged men. *BMC public health*, 15(1), 1.
- Biddle, S. J., & Mutrie, N. (2007). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*. New York: Routledge
- Bjerke, T., & Svebak, S. (1997). *Psykologi for høyskolen Oslo*, Ad Notam Gyldendal AS
- Bjørnstadjordet, K. (2009). *Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni*. Hentet 29. September 2015 fra <http://fysioterapeuten.no/Faq-og-vitenskap/Faqartikler/Fysiskaktivitet-som-behandling-av-mental-helse-ved-schizofreni>
- Blair, S. N., Kohl, H. W., Barlow, C. E., Paffenbarger, R. S., Gibbons, L. W., & Macera, C. A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy and unhealthy men. *Jama*, 273(14), 1093-1098.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., & Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic medicine*, 69(7), 587.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Moore, K. A., Craighead, W. E., Herman, S., Khatri, P., & Krishnan, K. R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of internal medicine*, 159(19), 2349-2356.
- Bonsaksen, T., & Lerdal, A. (2012). Relationships between physical activity, symptoms and quality of life among inpatients with severe mental illness. *The British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 69-75.
- Borge, L., Martinsen, E. W., Ruud, T., Watne, Ø., & Friis, S. (1999). Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients. *Psychiatric Services* 50(1), 81-84.
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *The American journal of psychiatry*, 157(12), 1925-1932.
- Bouchard, T.J (2004). Genetic influence on human psychological traits - A survey. *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 148-151.
- Boud, D. & Walker, D. (1993). Barriers to reflections on experience. I Boud, D., Cohen, R., & Walker, D (Red.) *Using experience for learning* (s. 73-87). Bristol: Open university press.

- Boynton, P. M., & Greenhalgh, T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *Bmj*, 328(7451), 1312-1315.
- Bradshaw, T. & Pedley, R. (2012). Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3), 266–273.
- Bresee, L. C., Majumdar, S. R., Patten, S. B., & Johnson, J. A. (2010). Prevalence of cardiovascular risk factors and disease in people with schizophrenia: a population-based study. *Schizophrenia research*, 117(1), 75-82.
- Brochs-Haukedal, W., & Bjørvik, K. I. (2010). *Arbeids- og lederpsykologi*. Oslo, Cappelen Akademisk.
- Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., & Rüther, E. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 603-609.
- Brosse, A. L., Sheets, E. S., Lett, H. S., & Blumenthal, J. A. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults. *Sports medicine*, 32(12), 741-760.
- Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., & Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological medicine*, 29(03), 697-701.
- Buchowski, M. S., Meade, N. N., Charboneau, E., Park, S., Dietrich, M. S., Cowan, R. L., & Martin, P. R. (2011). Aerobic exercise training reduces cannabis craving and use in non-treatment seeking cannabis-dependent adults. *PLoS One*, 6(3), e17465.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., & Brown, W. J. (2010). Are psychologists willing and able to promote physical activity as part of psychological treatment?. *International journal of behavioral medicine*, 17(4), 287-297.
- Bushe, C., & Holt, R. (2004). Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 184(47), 67-71.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: a neglected intervention in mental health care?. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11(4), 476-483.
- Carifio, L., & Perla, R. (2008). Resolving the 50 year debate around using and misusing Likert scales. *Medical Education*, 42, 1150–1152
- Carless, D. & Faulkner, G. (2003). Physical Activity and Mental Health. I: J. McKenna & C. Riddoch (Red.), *Perspectives on Health and Exercise* (s. 61 – 82). New York: Palgrave Macmillian.
- Carless, D. (2007). Phases in physical activity initiation and maintenance among men with serious mental illness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(2), 17-27.

- Carpinello, B., Primavera, D., Pilu, A., Vaccargiu, N., & Pinna, F. (2013) Physical activity and mental disorders: A case-control study on attitudes, preferences and barriers in Italy. *Journal of Mental Health, 22*(6), 492-500.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports, 100*(2), 126.
- Chaiken, S., Pomerantz, E. M., & Giner-Sorolla, R. (1995). Structural consistency and attitude strength. I: Petty, R. E., & Krosnick, J. A (Red.) *Attitude strength: Antecedents consequences and* (s. 387-412). Psychology Press.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry, 13*(2), 153-16.
- Childs, S., & Griffiths, C. (2003). Severe and enduring mental illness. I: T. Everett, M. Donaghy, & S. Feaver (Red), *Interventions for mental health: An evidence-based approach for physiotherapists and occupational therapists* (s. 202–212). Oxford, United Kingdom: Butterworth-Heinemann.
- Collingwood, T. R., Reynolds, R., Kohl, H. W., Smith, W., & Sloan, S. (1991). Physical fitness effects on substance abuse risk factors and use patterns. *Journal of Drug Education, 21*(1), 73–84.
- Colton, C. W., & Manderscheid, R. W. (2006). Congruencies in Increased Mortality Rates, Years of Potential Life Lost, and Causes of Death Among Public Mental Health Clients in Eight States. *Preventing Chronic Disease 3*(2).
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., & Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev, 9*(9).
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 35-53.
- Crano, W. D., & Prislun, R. (1995). Components of vested interest and attitude-behavior consistency. *Basic and Applied Social Psychology, 17*(1-2), 1-21.
- Crites, S. L., Fabrigar, L. R., & Petty, R. E. (1994). Measuring the affective and cognitive properties of attitudes: Conceptual and methodological issues. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20*(6), 619-634.
- Crone, D. (2007). Walking back to health: A qualitative investigation into service users experiences of a walking project. *Issues in mental health nursing, 28*(2), 167-183.
- 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.

- Dalgard, O. S. (2008). *Levekårsundersøkelsen, 2005. Psykiske problemer og behandling* (Rapport 5/2008). Hentet 28. oktober 2015 fra <http://www.fhi.no/dav/a1fde18b92.pdf>
- Dalgard, O.S. (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid* (Rapport 2/2006). Hentet 5.november 2015 fra <http://www.fhi.no/dav/8af0e9b952.pdf>
- Dalgard, O.S., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R. & Zahl, P.H. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *Bmc Psychiatry*, 7(1), 1.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Daumit, G., Goldberg, R., Anthony, C., Dickerson, F., Brown, C.H., H. Kreyenbuhl, J., Wohlheiter, K., & Dixon, L.B., MD. (2005). Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 641–646.
- Davidson, S., Judd, F., Jolley, D., Hocking, B., Thompson, S., & Hyland, B. (2001). Cardiovascular risk factors for people with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 196–202.
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, H., Ndeti, D., Newcomer, J. W., Uwakwe, R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry*, 10(1), 52-77.
- De Hert, M., Dekker, J. M., Wood, D., Kahl, K. G., Holt, R. I. G., & Möller, H. J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European psychiatry*, 24(6), 412-424.
- Dinas, P. C., Koutedakis, Y., & Flouris, A. D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish journal of medical science*, 180(2), 319-325.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning-en introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100-113.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American journal of preventive medicine*, 28(1), 1-8.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*, 25(5), 582-602

- Eagly, A.H., & Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. I: Gilbert, D.T., Fiske, S.T., & Lindzey, G. (Red.), *The handbook of social psychology* (4th ed.) (s. 269-322). New York: McGraw-Hill.
- Edenfield, T. M. (2007). *Exercise and mood: exploring the role of exercise in regulating stress reactivity in bipolar disorder*. (Doktorgradavhandling), Department of psychology, The university of Maine, Maine.
- Edvardsen, J., Torgersen, S., Roysamb, E., Lygren, S., Skre, I., Onstad, S. & Oien, P.A. (2008). Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity? *Journal of Affective Disorders*, 106(3), 229-40.
- Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., Diguseppi, C., Wentz, R., Kwan, I., ... & Pratap, S. (2009). Methods to increase response to postal and electronic questionnaires (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 3, MR000008.
- Ellingsen, J., & Næss Lindbøl, M. (2014). *Utviklingen i uføredignoser per 31. desember 2012*. Arbeids- og velferdsdirektoratet/ Statistikkseksjonen, NAV.
- Erwin, P. (2001). *Attitudes and persuasion*. New York: Psychology Press.
- Eshghi, A. (1992). Attitude-behaviour inconsistency in exporting. *International Marketing Review*, 9(3).
- Fabrigar, L.R., MacDonald, T.K., & Wegener, D.T. (2014). The Structure of Attitudes. I: Albarracin, D., Johnson, B.T., & Zanna, M.P., *The Handbook of Attitudes* (s. 79-124). New York: Lawrence Erlbaum Associates
- Faiz, K.W. (2014). VAS – visuell analog skala. *Tidsskr Nor Legeforen*, 3(11).
- Farholm, A., & Sørensen, M. (2016a). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of cross-sectional studies. *International journal of mental health nursing*.
- Farholm, A., & Sørensen, M. (2016b). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *International journal of mental health nursing*.
- Farmer, M. E., Locke, B. Z., Moscicki, E. K., Dannenberg, A. L., Larson, D. B., & Radloff, L. S. (1988). Physical activity and depressive symptoms: the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *American journal of epidemiology*, 128(6), 1340-1351.
- Farrell, P. A., Gates, W. K., Maksud, M. G., & Morgan, W. P. (1982). Increases in plasma beta-endorphin/beta-lipotropin immunoreactivity after treadmill running in humans. *Journal of Applied Physiology*, 52(5), 1245-1249.
- Faulkner, G. & Biddle, S. (1999). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: A review of the literature. *Journal of mental health*, 8(5), 441-457.

- Faulkner, G. & Carless, D. (2006). Physical activity in the process of psychiatric rehabilitation: Theoretical and methodological issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(4), 258-266.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological medicine*, 45(7), 1343-1361.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1974). Attitude toward objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81, 59-74.
- Fogarty, M., & Happell, B. (2005). Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: A qualitative study. *Issues in mental health nursing*, 26(3), 341-351.
- Folkehelseinstituttet, (2010). *Forekomst og kjennetegn ved ulike psykiske lidelser hos voksne*. Hentet 17.september 2015 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=84053>.
- Folkehelseinstituttet, (2011). *Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk*. Hentet 15.september 2015 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>.
- Folkehelseinstituttet, (2014). *Psykisk helse hos voksne – Folkehelse rapporten 2014*. Hentet 30. september 2015 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=110542>.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4.utgave.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gill, J. M., & Cooper, A. R. (2008). Physical activity and prevention of type 2 diabetes mellitus. *Sports Medicine*, 38(10), 807-824.
- Glasman, L. R., & Albarracín, D. (2006). Forming attitudes that predict future behavior: a meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological bulletin*, 132(5), 778.
- Glover, C. M., Ferron, J. C., & Whitley, R. (2013). Barriers to exercise among people with severe mental illnesses. *Psychiatric rehabilitation journal*, 36(1), 45-47.
- Golden, S. H., Williams, J. E., Ford, D. E., Yeh, H. C., Sanford, C. P., Nieto, F. J., & Brancati, F. L. (2004). Depressive symptoms and the risk of type 2 diabetes the atherosclerosis risk in communities study. *Diabetes care*, 27(2), 429-435.
- Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive medicine*, 36(6), 698-703.
- Gorcynski, P., & Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(36),665-666.
- Grønmo, S. (2010). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., Ekelund, U., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The lancet*,380(9838), 247-257.

- Hansen, B. H., Kolle, E., Anderssen, S. A. (2014). *Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge Oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2013a). Physical health care for people with mental illness: Training needs for nurses. *Nurse education today*, 33(4), 396-401.
- Happell, B., Stanton, R., Hoey, W., & Scott, D. (2013b). Knowing is not doing: The relationship between health behaviour knowledge and actual health behaviours in people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, 7(3), 198-204.
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012a). Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International journal of mental health nursing*, 21(3), 202-210.
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012b). Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, 5(1), 4-12.
- Harding, S. L. (2013). Direct care staff perspectives related to physical activity in mental health group homes. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 51(12), 38-43.
- Hartvigsen, G. (1998). *Forskerhåndboken*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Hartz, I., Skurtveit, S., Steffenak, A. K. M., Karlstad, Ø., & Handal, M. (2016). Psychotropic drug use among 0–17 year olds during 2004–2014: a nationwide prescription database study. *BMC psychiatry*, 16(1), 1.
- Harvey, S. B., Hotopf, M., Øverland, S., & Mykletun, A. (2010). Physical activity and common mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 357-364.
- Hays, A. E., Goss, F., Aaron, D., Abt, K., Friedman, E., Gallagher, M., & Nagle, E. (2008). Hormonal and Perceptual Changes in Bipolar Subjects after Acute Aerobic Exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40(5).
- Heath, G. W., Parra, D. C., Sarmiento, O. L., Andersen, L. B., Owen, N., Goenka, S., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *The lancet*, 380(9838), 272-281.
- Heggelund, J., Nilsberg, G. E., Hoff, J., Morken, G., & Helgerud, J. (2011). Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia—A controlled trial. *Nordic journal of psychiatry*, 65(4), 269-275.
- Helgerud, J., & Eithun, G. (2010). *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Hokksund Rehabiliteringssenter/Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.

- Helsedirektoratet, (2015a). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelse* (Rapport IS-2314). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/965/UT-rapport%20IS-2314%20Internasjonalt%20perspektiv%20psykisk%20helsetjeneste.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015b). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. rev.). Hentet 1.oktober 2015 fra <http://finnkode.kith.no/>
- Helsedirektoratet. (2015c). Fysisk aktivitet – lokalt folkehelsearbeid. Hentet 20. november 2015 fra [https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid i kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid/fysisk-aktivitet-lokalt-folkehelsearbeid](https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid%20i%20kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid/fysisk-aktivitet-lokalt-folkehelsearbeid).
- Helsedirektoratet (2015d). *Samdata spesialisthelsetjenesten 2014*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015e). *Psykisk helsevern for voksne*. Hentet 25. april 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/psykisk-helsevern-for-voksne>.
- Helsedirektoratet. (2014a). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. (Rapport.IS-2170). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse- et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsinki-deklarasjonen (2013). Hentet 5. januar 2016 fra: <http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen>
- Hettema, J.M., Prescott, C.A., Myers, J.M., Neale, M.C. & Kendler, K.S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 182-189.
- Hovland, A. (2013). *Panic disorder: Treatment outcomes and psychophysiological concomitants*. Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Bergen, Bergen.
- Howard, L., & Gamble, C. (2011). Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, 105-112.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2007). *Introduction to research methods in psychology (3th edition)*. Harlow: Pearson Education.

- IBM (2013). IBM SPSS missing values 22. Hentet 15. mai 2016 fra http://www.sussex.ac.uk/its/pdfs/SPSS_Missing_Values_22.pdf
- Jacobsen, D. I. (2000). Managing increased part-time: does part-time work imply part-time commitment?. *Managing Service Quality*, 10(3), 187-201.
- Janney, C. A., Fagiolini, A., Swartz, H. A., Jakicic, J. M., Holleman, R. G., & Richardson, C. R. (2014). Are adults with bipolar disorder active? Objectively measured physical activity and sedentary behavior using accelerometry. *Journal of affective disorders*, 152, 498-504.
- Jerome, G. J., Young, D. R., Dalcin, A., Charleston, J., Anthony, C., Hayes, J., & Daumit, G. L. (2009). Physical activity levels of persons with mental illness attending psychiatric rehabilitation programs. *Schizophrenia Research*, 108(1), 252-257.
- Jin, R.L., Shah, C.P. & Svoboda, T.J. (1995). The impact of unemployment on health - A review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 153(5), 529-540.
- Karlsen, R. (2012). Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 8(2), 3-15.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American journal of psychiatry*, 160(1), 4-12.
- Kendler, K.S. (1997). The genetic epidemiology of psychiatric disorders: A current perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 5-11.
- Kendler, K.S. (2001) Twin studies of psychiatric illness - An update. *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1005-1014.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kjellman, B., Martinsen, E.W., Taube, J., & Andersson, E. (2008). Depresjon. I: Helsedirektoratet, *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 275- 284). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: A metaanalysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 58-75.
- Kringlen, E. (2012). *Psykiatri*. 10 utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kringlen, E., Torgersen, S. and Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.

- Kringlen, E., Torgersen, S. and Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area. A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 713–719.
- Kristiansen, J. (2010). *Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser. Deltakernes erfaringer fra fysisk aktivitet i et interkommunalt og tverretattlig aktivitetstilbud i Oppland*. (Mastergrads avhandling, Norges idrettshøgskole), Norges idrettshøgskole.
- Krogh, J., Rostrup, E., Thomsen, C., Elfving, B., Videbech, P., & Nordentoft, M. (2014). The effect of exercise on hippocampal volume and neurotrophines in patients with major depression—a randomized clinical trial. *Journal of affective disorders*, 165, 24-30.
- Krosnick, J. A., Boninger, D. S., Chuang, Y. C., Berent, M. K., & Carnot, C. G. (1993). Attitude strength: One construct or many related constructs?. *Journal of personality and social psychology*, 65(6), 1132.
- Kushi, L. H., Byers, T., Doyle, C., Bandera, E. V., McCullough, M., Gansler, T., ... & Thun, M. J. (2006). American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA: a cancer journal for clinicians*, 56(5), 254-281.
- Laake, P., Olsen, B. R., & Benestad, H. B. (2008). *Forskning i medisin og biofag*. Gyldendal.
- Lærum, G., Leijon, M., Kallings, L., Faskunger, J., Börjesson, M. & Ståhle, A. (2008). Fysisk aktivitet på resept - FaR. I: R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (72- 83). Oslo: Helsedirektoratet.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 51-59.
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Agerbo, E., Gasse, C., & Mortensen, P. B. (2009). Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 713-720.
- Laursen, T. M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., & Nordentoft, M. (2013). Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One*, 8(6), 1-7.
- Lassenius, O., Arman, M., Söderlund, A., & Wiklund-Gustin, L. (2014). Motivation Does not Come with an Ending—It's the Beginning of Something New: Experiences of Motivating Persons with Psychiatric Disabilities to Physical Activity. *Issues in mental health nursing*, 35(9), 713-720.
- Lavine, H., Thomsen, C. J., Zanna, M. P., & Borgida, E. (1998). On the primacy of affect in the determination of attitudes and behavior: The moderating role of affective-cognitive ambivalence. *Journal of experimental social psychology*, 34(4), 398-421.

- Lawrence, D., Hancock, K. J., & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*, *346*.
- LeBouthillier, D. M., Fetzner, M. G., & Asmundson, G. J. (2015). Lower cardiorespiratory fitness is associated with greater reduction in PTSD symptoms and anxiety sensitivity following aerobic exercise. *Mental Health and Physical Activity*. under utgivelse.
Hentet 1. Februar 2016 fra [doi:10.1016/j.mhpa.2015.11.001](https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2015.11.001)
- Lee, I. M., Rexrode, K. M., Cook, N. R., Manson, J. E., & Buring, J. E. (2001). Physical activity and coronary heart disease in women: Is no pain, no gain passé?. *Jama*, *285*(11), 1447-1454.
- Leung, W. C. (2001). How to design a questionnaire. *Student BMJ*, *9*(11), 187-189.
- Leutwyler, H.H., Hubbard, E.M., Jeste, D.V., & Vinogradov, S. (2012). We're not just sitting on the periphery: A staff perspective of physical activity in older adults with schizophrenia. *Gerontologist*, *53*, 474-483.
- Li, X., Wong, W., Lamoureux, E. L., & Wong, T. Y. (2012). Are Linear Regression Techniques Appropriate for Analysis When the Dependent (Outcome) Variable Is Not Normally Distributed? Letters. *Investigative ophthalmology & visual science*, *53*(6), 3082-3083.
- Littman, A. J., Kristal, A. R., & White, E. (2005). Effects of physical activity intensity, frequency, and activity type on 10-y weight change in middle-aged men and women. *International journal of obesity*, *29*(5), 524-533.
- Lobelo, F., & de Quevedo, I. G. (2013). The evidence in support of physicians and health care providers as physical activity role models. *American journal of lifestyle medicine*, *10*(1), 36-52.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var.. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 1/2011). Hentet 10. september 2015 fra <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>.
- Mamen, A., Pallesen, S., Martinsen, E. W. (2011). Changes in mental distress following individualized physical training in patients suffering from chemical dependence. *European Journal of Sport Science*, *11*(4), 269-276.
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American journal of preventive medicine*, *45*(5), 649-657.
- Manfreda, K. L., Bosnjak, M., Berzelak, J., Haas, I., Vehovar, V., & Berzelak, N. (2008). Web surveys versus other survey modes: A meta-analysis comparing response rates. *Journal of the Market Research Society*, *50*(1), 79.

- Manson, J. E., Greenland, P., LaCroix, A. Z., Stefanick, M. L., Mouton, C. P., Oberman, A., ... & Siscovick, D. S. (2002). Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *New England Journal of Medicine*, 347(10), 716-725.
- Markey, R., Kowalczyk, J., & Pomfret, S. (2003). Part-time employment, gender and employee participation in Illawarra workplaces. *Journal of Industrial Relations*, 45(1), 48-66.
- Martinsen E W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskr Nor Lægeforening*; 120(25), 3054-6.
- Martinsen, E. & Taube, J. (2008). Schizofreni. I: Bahr, R. (red.) (2008) *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 561-570). Oslo: Fagbokforlaget.
- Martinsen, E. (2011) *Kropp og sinn*. (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Martinsen, E. W., Hoffart, A., & Solberg, Ø. (1989). Comparing aerobic with nonaerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: a randomized trial. *Comprehensive psychiatry*, 30(4), 324-331.
- Marzolini, S., Jensen, B., & Melville, P. (2009). Feasibility and effects of a group-based resistance and aerobic exercise program for individuals with severe schizophrenia: a multidisciplinary approach. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 29-36.
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B. & Watts, P. (2013). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 212–220.
- 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.
- McLeod, S. A. (2008). *Likert Scale*. Hentet 18. juni 2015 fra www.simplypsychology.org/likert-scale.htm
- Meeusen, R. (2005). Exercise and the brain: insight in new therapeutic modalities. *Annals of transplantation*, 10(4), 49-51.
- Mezuk, B., Eaton, W. W., Albrecht, S., & Golden, S. H. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan a meta-analysis. *Diabetes care*, 31(12), 2383-2390.
- Moe, T (2011). Motivasjon for fysisk aktivitet. i Martinsen, E. (red) (2011) *Kropp og sinn* (s. 197-215). Bergen: Fagbokforlaget
- Moe, T. (1998) Fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling. Muligheter og begrensninger, i Moe, T., Retterstøl, N., & Sørensen, M. (red.) (1998) *Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS

- Moe, T., Moser, T. (2004). Motivasjon. I E. W. Martinsen (red.). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. (s. 143-154). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Morgan, A. J., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2013). Beliefs of Australian health professionals about the helpfulness of interventions for mental disorders: Differences between professions and change over time. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(9) 840–848.
- Myklestad, I., Rognerud, M. and Johansen, R. (2008). *Levekårsundersøkelsene 2005. Utsatte grupper og psykisk helse (Rapport 8/2008)*. Hentet 22. november 2015 fra <http://www.fhi.no/dokumenter/836ae5a58e.pdf>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009a). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv (Rapport 8/2009)*. Hentet 20. november 2015 fra <http://www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf>
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M., & Stewart, R. (2009b). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *The British Journal of Psychiatry*, 195(2), 118-125.
- Nerhus, K. A., Anderssen, S. A., Lerkelund, H. E., & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. *Norsk Epidemiologi*, 20 (2): 149-152.
- Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonal sammenligning* (Rapport 2/2011). Hentet 12. november 2015 fra <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>
- Newcomer, J. W. (2007). Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (1), 20-27.
- Ng, F., Dodd, S., & Berk, M. (2007). The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: a pilot study. *Journal of affective disorders*, 101(1), 259-262.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hallgren, J., Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS one*, 8(1), e55176.
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in health sciences education*, 15(5), 625-632.
- Nyboe, L., & Lund, H. (2013). Low levels of physical activity in patients with severe mental illness. *Nordic journal of psychiatry*, 67(1), 43-46.
- Nygaard, H. (2015). Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2014. Arbeids- og velferdsdirektoratet/ Statistikkseksjonen, NAV.

- OECD (2012), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Mental Health and Work, OECD Publishing. Hentet 3. September 2015 fra <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.
- Olkowska, A. & Landmark, B. (2009). Hva gjør miljøterapi til terapi? *Fontene*, 9, 52–59.
- Olson, J. M., & Zanna, M. P. (1993). Attitudes and attitude change. *Annual review of psychology*, 44(1), 117-154.
- Osborn, D. P., Levy, G., Nazareth, I., Petersen, I., Islam, A., & King, M. B. (2007). Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Archives of general psychiatry*, 64(2), 242-249.
- Paffenbarger, R. S., Lee, I. M., & Leung, R. (1994). Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s377), 16-22.
- Pajares, F. (1996). Self-efficacy Beliefs in Academic Settings. *Review of Educational Research* 66 (4), 543-578.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual- a step by step guide to data analysis using SPSS version 12* (2.utgave). New York: open university press
- Palmer, J., Vacc, N., & Epstein, J. (1988). Adult inpatient alcoholics: physical exercise as a treatment intervention. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(5), 418-421.
- Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health. *Sports medicine*, 29(3), 167-180.
- Parks, J., Svendsen, D., Singer, P., & Foti, M. (2006). *Morbidity and mortality in people with serious mental illness* (Rapport 13/2006). Hentet 20. september 2015 fra <http://northernlakescmh.com/wp-content/uploads/2010/03/686.pdf>.
- Pasco, J.A., Williams, L.J., Jacka, F.N., Ng, F., Henry, M.J., Nicholson, G.C., Kotowicz, M.A. & Berk, M. (2008). Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 193(4), 322-326.
- Pearsall, R., Smith, D. J., Pelosi, A., & Geddes, J. (2014). Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 14(1), 117.
- Peñas-Lledó, E., Vaz Leal, F. J., & Waller, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 370-375.

- Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H., & Wagner, J. A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic medicine*, 70(3), 288-297.
- Phongsavan, P., Merom, D., Bauman, A., & Wagner, R. (2007). Mental illness and physical activity: Therapists' beliefs and practices. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 41(5), 458-459.
- Probst, M. (2012). The International Organization of Physical Therapists working in Mental Health. *Mental Health and Physical Activity*, 5, 20-21.
- Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen, Fagbokforlag.
- Raaheim, K., & Nielsen, G. (1997). *En innføringsbok I psykologi: for universiteter og høyskoler*. Oslo: Cappelen akademiske
- Raghunathan, T. E., Lepkowski, J. M., Van Hoewyk, J., & Solenberger, P. (2001). A multivariate technique for multiply imputing missing values using a sequence of regression models. *Survey methodology*, 27(1), 85-96.
- Rattray, J., & Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of clinical nursing*, 16(2), 234-243.
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M., & Landers, D. M. (2009). The antidepressive effects of exercise. *Sports Medicine*, 39(6), 491-511.
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Am Psychiatric Assoc*, 56(3), 324-331.
- Riksrevisjonen (u.å). *Veileder i utarbeiding og bruk av spørreskjema i forvaltningsrevisjonen i riksrevisjonen*. Hentet 7. juli 2015 fra: <http://docplayer.no/77780-Veileder-i-utarbeiding-og-bruk-av-sporreskjema-i-forvaltningsrevisjon-i-riksrevisjonen.html>
- Rimer, J., Dwan, K., Lawlor, D. A., Greig, C. A., McMurdo, M., Morley, W., & Mead, G. E. (2012). Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(CD004366).
- Roberts, S. H., & Bailey, J. E. (2011). Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 690-708.
- Robertson, R., Robertson, A., Jepson, R., & Maxwell, M. (2012). Walking for depression or depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 5(1), 66-75.
- Robson, D., & Gray, R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International journal of nursing studies*, 44(3), 457-466.

- Robson, D., & Haddad, M. (2012). Mental health nurses' attitudes towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness: The development of a measurement tool. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 72-83.
- Robson, D., Haddad, M., Gray, R. & Gournay, K. (2013). Mental health nursing and physical health care: A crosssectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 409–417.
- Roessler, K. K. (2010). Exercise treatment for drug abuse-A Danish pilot study. *Scandinavian journal of public health*, 38, 1-6.
- Rosenbaum, S., Sherrington, C., & Tiedemann, A. (2014a). Exercise augmentation compared with usual care for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(5), 350-359.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014b). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(9), 964-974.
- Rössner, S. (2008). Overvekt og fedme. Bahr, R. (Red), I *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s. 466-483). Oslo: Helsedirektoratet.
- Ruud, T., & Gråwe, R. W. (2007). *Arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus* (Rapport SINTEF A1203). Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf/rapport_sintef_a1203_arbeidsdeling_og_samarbeid_mellom_dps_og_sykehus.pdf
- Saarni, S. E., Saarni, S. I., Fogelholm, M., Heliövaara, M., Perälä, J., Suvisaari, J., & Lönnqvist, J. (2009). Body composition in psychotic disorders: a general population survey. *Psychological medicine*, 39(05), 801-810.
- Sallis, J.F., & Saelens, B.E. (2000). Assessment of physical activity by self-report: status, limitations, and future directions. *Res Q Exerc Sport*, 71,1-14.
- Scheewe, T. W., Backx, F. J. G., Takken, T., Jörg, F., Strater, A. V., Kroes, A. G., ... & Cahn, W. (2013). Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(6), 464-473.
- Schmitz, N., Kruse, J., & Kugler, J. (2004). The association between physical exercises and health-related quality of life in subjects with mental disorders: results from a cross-sectional survey. *Preventive Medicine*, 39(6), 1200-1207.
- Schunk, D.H. (1989). Self-efficacy and achievement behaviors. *Educational Psychology Review* 1, 173-208.

- Schwarzer, R (1992). Self-efficacy in adoption and maintenance of health behaviours: Theoretical approaches and a new model I: Schwarzer, R. (Red.), *Self-efficacy: Thought control of action* (s. 217-242). Washington, DC: Hemisphere
- Scott, D. & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 589–597.
- Sesso, H. D., Paffenbarger, R. S., & Lee, I. M. (2000). Physical activity and coronary heart disease in men the Harvard Alumni Health Study. *Circulation*, 102(9), 975-980.
- Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 824-830.
- Sinyor, D., Brown, T., Rostant, L., & Seraganian, P. (1982). The role of a physical fitness program in the treatment of alcoholism. *Journal of studies on alcohol*, 43(3), 380-386.
- Skaalvik, E.M. & Skaalvik, S. (2005). *Skolen som læringsarena*. Selvoppfatning, motivasjon og læring. Universitetsforlaget, Oslo.
- Sørensen, M. (1998). *Hvordan kan vi komme videre? Erfaringer og motivasjonsstrategier*. I: Moe, T., Retterstøl, N., & Sørensen, M.(Red.). *Fysisk aktivitet- en ressurs I psykiatrisk behandling*. Aker sykehus- divisjon psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Sørensen, M. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 16(6), 391-398..
- Sosial- og helsedirektoratet. (2000). *Fysisk aktivitet og helse: Anbefalinger*. Hentet 28. September 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/717/Fysisk-aktivitet-oghelse- anbefalinger-IS-1011.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psyisk helsearbeid for voksne i kommunene: beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning, overordnede rammer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial og Helsedirektoratet. (2006). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet.
- Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Hemmings, L., & Vancampfort, D. (2014). Barriers to and facilitators of physical activity among persons with schizophrenia: A survey of physical therapists. *Psychiatric Services*, 65(5), 693-696.
- Soundy, A., Kingstone, T., & Coffee, P. (2012). Understanding the psychosocial processes of physical activity for individuals with severe mental illness: A meta-ethnography.

- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Social cognitive theory and self-efficacy: Go beyond traditional motivational and behavioral approaches. *Organizational dynamics*, 26(4), 62-74
- Stanton, R. (2013). Accredited exercise physiologists and the treatment of people with mental illnesses. *Clinical Practice*, 2(2), 5-9.
- Stanton, R., Happell, B., & Reaburn, P. (2014a). The development of a questionnaire to investigate the views of health professionals regarding exercise for the treatment of mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, 7(3), 177-182.
- Stanton, R., Happell, B., & Reaburn, P. (2015). Investigating the exercise-prescription practices of nurses working in inpatient mental health settings. *International journal of mental health nursing*, 24(2), 112-120.
- Stanton, R., Happell, B., Hayman, M., & Reaburn, P. (2014b). Exercise interventions for the treatment of affective disorders—research to practice. *Frontiers in psychiatry*, 5(46).
- Stanton, R., & Happell, B. (2014). Exercise for mental illness: A systematic review of inpatient studies. *International journal of mental health nursing*, 23(3), 232-242.
- Statistics Solutions. (2013). *Normality*. Hentet 24 mars 2016 fra <http://www.statisticssolutions.com/academic-solutions/resources/directory-of-statistical-analyses/normality/>.
- Statistisk sentralbyrå (u.å.). *Retningslinjer for visuell utforming av spørreskjema. Versjon 1.1*. Hentet 21. mai 2015 fra <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/DP/handbok-88.pdf>
- Stathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A. C., Smits, J. A., & Otto, M. W. (2006). Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 179-193
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, c., Chey, T., Jackson, J.W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 0(0) 1–18.
- Stensrud, B. (2008). *Miljøterapi: virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*. Masteroppgave ved høghskolen i Hedmark, Elverum
- Stephoe, A. S., & Butler, N. (1996). Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *The Lancet*, 347(9018), 1789-1792.
- Strawbridge, W. J., Deleger, S., Roberts, R. E., & Kaplan, G. A. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American journal of epidemiology*, 156(4), 328-334.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of neural transmission*, 116(6), 777-784.

- Ströhle, A., Höfler, M., Pfister, H., Müller, A. G., Hoyer, J., Wittchen, H. U., & Lieb, R. (2007). Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 37(11), 1657-1666.
- Stubbs, B., Soundy, A., Probst, M., De Hert, M., De Herdt, A., & Vancampfort, D. (2014a). Understanding the role of physiotherapists in schizophrenia: an international perspective from members of the International Organisation of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Journal of Mental Health*, 23(3), 125-129.
- Stubbs, B., Soundy, A., Probst, M., De Hert, M., De Herdt, A., Parker, A., & Vancampfort, D. (2014b). The assessment, benefits and delivery of physical activity in people with schizophrenia: a survey of members of the International Organization of Physical Therapists in Mental Health. *Physiotherapy Research International*, 19(4), 248-256.
- Sturgis, P., Roberts, C., & Smith, P. (2014). Middle Alternatives Revisited How the neither/nor Response Acts as a Way of Saying "I Don't Know"? *Sociological Methods & Research*, 43(1), 15-38.
- Sullivan, P.F., Kendler, K.S. & Neale, M.C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Archives of General Psychiatry*, 60(12), 1187-92.
- Sutton, S. (2001). Health behavior: Psychosocial theories. *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*, 6499-6506.
- Swanson, J. E., Swanson, E., & Greenwald, A. G. (2001). Using the Implicit Association Test to investigate attitude-behaviour consistency for stigmatised behaviour. *Cognition & Emotion*, 15(2), 207-230.
- Tetlie, T., Eik-Nes, N., Palmstierna, T., Callaghan, P., & Nøttestad, J. A. (2008). The effect of exercise on psychological and physical health outcomes: preliminary results from a Norwegian Forensic Hospital. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(7).
- Theologia, Z., Evangelos, F., & Lambrini, K. (2015). The use of exercise in mental health care. *American Journal of nursing Science*, 4(2-1), 16-21.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., Silverman, S. J. (2011). *Research methods in physical activity*. (6th edition). USA: Human Kinetics.
- Turner, N. M., Van De Leemput, A. J., Draaisma, J. M., Oosterveld, P., & Ten Cate, O. T. J. (2008). Validity of the visual analogue scale as an instrument to measure self-efficacy in resuscitation skills. *Medical education*, 42(5), 503-511.
- Ussher, M., Sampuran, A. K., Doshi, R., West, R., & Drummond, D. C. (2004). Acute effect of a brief bout of exercise on alcohol urges. *Addiction*, 99(12), 1542-1547.

- 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.
- Uusitalo, L. (1990). Are Environment Attitude and Behaviour Inconsistent? Finding from a Finnish Study. *Scandinavian Political Studies*, 13(2), 211-226.
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, S., & De Hert, M. (2012). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 352-362.
- Verplanken, B., Hofstee, G., & Janssen, H. J. (1998). Accessibility of affective versus cognitive components of attitudes. *European Journal of Social Psychology*, 28(1), 23-35.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 453-458.
- Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., & Zhou, C. (2014). Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis. *PloS one*, 9(10), e110728.
- Wegner, M., Helmich, I., Machado, S., E Nardi, A., Arias-Carrión, O., & Budde, H. (2014). Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta-analyses and neurobiological mechanisms. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders)*, 13(6), 1002-1014.
- WHO. (2011). *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level* (Rapport EB130/9). Hentet 10. oktober 2015 fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/23849/1/B130_R8-en.pdf.
- WHO. (2014). *Media centre: Mental disorders*. Hentet 17.oktober fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>.
- Williams, V. S., Morlock, R. J., & Feltner, D. (2010). Research Psychometric evaluation of a visual analog scale for the assessment of anxiety. *Health and quality of life outcomes*, 8, 57.
- Zschucke, E., Gaudlitz, K., & Ströhle, A. (2013). Exercise and physical activity in mental disorders: Clinical and experimental evidence. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(1), 12-21.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv.

Vedlegg 2: Godkjenning NSD.

Vedlegg 3: Spørreskjema.

Vedlegg 4: Tabell: Meninger om fysisk aktivitets plass i psykisk helsevern målt i frekvens og prosent.

Vedlegg 5: Tabell: Meninger om mulig effekt av fysisk aktivitet i psykisk helsevern målt i frekvens og prosent.

Vedlegg 8: Tabell: Gjennomsnitt, standardavvik, minimum og maksimum verdier for affektiv holdning av skulle å fremme fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

Vedlegg 7: Tabell: Opplevde hindringer for å bruke fysisk aktivitet ved arbeidsplassen målt i frekvens og prosent.

Vedlegg 8: Tabell: Erfaringer med å fremme fysisk aktivitet for pasientgruppen målt i frekvens og prosent.

Vedlegg 9: Tabell: Gjennomsnitt, standardavvik, minimum og maksimum verdier for utsagn om mestringsforventning for å fremme fysisk aktivitet i psykisk helsevern.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Ansattes meninger om fysisk aktivitet i psykisk helsevern”

Bakgrunn og formål

Dette prosjektet er en del av en masteroppgave ved Norges idrettshøgskole. Formålet med dette prosjektet er å kartlegge meninger og motivasjon hos ansatte ved psykiatriske institusjoner i forhold til å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen for personer med psykiske lidelser. Dette prosjektet er viktig med tanke på at ansatte ved psykiatriske institusjoner utgjør en svært viktig innflytelse på motivasjonen til personer med psykiske lidelser.

Hva innebærer deltakelse i studien?

For å gjennomføre dette prosjektet er vi avhengig av at ansatte ved ulike psykiatriske institusjoner er villig til å besvare et spørreskjema. Spørsmålene vil omhandle ulike aspekter ved fysisk aktivitet som en del av behandlingen for pasienter med psykiske lidelser. Utfyllingen av spørreskjemaet vil ta mellom 10 til 15 minutter.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Ingen personopplysninger vil bli samlet inn ved denne studien. Alle opplysninger vil bli anonymisert og samlet inn ved aktuelle institusjoner før det blir overlevert til Marit Sørensen, professor ved Norges Idrettshøgskole og Magne Hem Stenersen, masterstudent, som skal analysere data. Deltakerne i denne studien vil ikke kunne gjenkjennes ved publisering.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av mai, 2016. Data vil bli lagret anonymisert, og kun veileder, stipendiat og masterstudent ved Norges Idrettshøgskole vil ha tilgang til datamaterialet. Ingen opplysninger skal kunne spores til enkeltpersoner.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Student: Magne Hem Stenersen, e-post: magnehs@student.nih.no, tlf: 98076133.

Veileder: Marit Sørensen, e-post: marit.sorensen@nih.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Harald Hårågras gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel. +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Marit Sørensen
Seksjon for coaching og psykologi
Norges idrettshøgskole
Postboks 4014 Ullevål Stadion
0806 OSLO

Vår dato: 12.08.2015

Vår ref:44045 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44045	<i>Helsepersonells innstilling til og motivasjon for bruk av fysisk aktivitet som en del av psykiatrisk behandlingen</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges idrettshøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Marit Sørensen</i>
Student	<i>Magne Hem Stenersen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen

Lis Tenold

Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Magne Hem Stenersen, Vækerøveien 210, 0751 OSLO

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 44045

Formålet med prosjektet er å kartlegge innstilling og motivasjon hos helsepersonell ved psykiatriske sykehus i forhold til å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen for psykiatriske pasienter.

Prosjektet omfatter to deler, en spørreskjemaundersøkelse blant helsepersonell om ulike aspekter ved fysisk aktivitet som en del av behandlingen for pasienter med psykiske lidelser samt en spørreskjemaundersøkelse blant helsepersonell som besvarer spørreskjema før og etter et kursopplegg.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Personvernombudet finner i utgangspunktet at informasjonsskrivene er godt utformet, men forutsetter at følgende endres/tilføyes;

- etter setningen "Studien er et" må tilføyes "ved masterstudent Magne Hem Stenersen. Veileder er professor Marit Sørensen".
- avsnittet Hva skjer med informasjonen om deg ? må hele avsnittet endres til "Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være veileder Marit Sørensen og masterstudent Magne Hem Stenersen som vil ha tilgang til innsamlede opplysninger. Ved prosjektslutt 01.06.2016 vil innsamlede opplysninger bli anonymisert. Ved publisering vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes".

Revidert informasjonsskriv må sendes personvernombudet før det tas kontakt med utvalget (sendes til personvernombudet@nsd.uib.no, merk med prosjektnummer).

Personvernombudet legger til grunn at det ikke samles inn og registreres opplysninger om tredje personer, her ment pasienter.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Norges idrettshøgskole sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)



Spørreundersøkelse
om
fysisk aktivitet i psykisk
helsevern

Marte Bentzen
Forsker

Marit Sørensen
Professor

Magne Hem Stenersen
Master student

Norges idrettshøgskole

Kort informasjon til deg som skal svare på dette spørreskjemaet

Når du svarer på spørsmålene i dette skjemaet, så gjelder det hele veien at det ikke finnes noen rette eller gale svar og det er ingen lurespørsmål. Det er dine erfaringer, opplevelser og meninger vi er ute etter. Les spørsmålene nøye og vær vennlig og besvar alle spørsmålene. Prøv å svare så åpent og ærlig du kan. På forhånd takk!

I spørreskjemaet vil **fysisk aktivitet** være definert som enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå (Helsedirektoratet, 2015). Med dette menes for eksempel lek, mosjon, idrett, trening, gange og friluftsliv. Med å **fremme** fysisk aktivitet mener vi å anbefale, gjennomføre og gi råd om fysisk aktivitet.

Jeg bekrefter herved at jeg har fått informasjon om hensikten med denne spørreskjema undersøkelsen

Ja

Jeg bekrefter herved at jeg besvarer denne spørreskjema undersøkelsen frivillig og at jeg kan trekke meg

Ja

Del I: Meninger om fysisk aktivitets plass i psykisk helsevern

Her ønsker vi at du setter et kryss for hvert spørsmål ut i fra dine egne meninger om følgende utsagn:

1. Fysisk aktivitet...

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig	Vet ikke
... er en viktig del av et helhetlig behandlingstilbud for personer med psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... og psykisk helse henger ikke vesentlig sammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... er en viktig del av den terapeutiske tilnærmingen til personer med psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bør være en del av helseutdanninger som omhandler psykisk helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Del II: Min opplevelse av ansvarsfordelingen av fysisk aktivitet

Denne delen er delt i to. Besvar spørsmål 2 først, deretter gå videre til spørsmål 3.

2. På min arbeidsplass er ansvaret for å fremme fysisk aktivitet hos pasienter fordelt slik (sett kryss bak alle alternativer som passer):

Alle har felles ansvar for det	<input type="radio"/>
Noen blant personalet har spesielt ansvar	<input type="radio"/>
Noen blant personalet har ansvar, resten deltar lite	<input type="radio"/>
Eget personal med kursutdanning i fysisk aktivitet har ansvaret	<input type="radio"/>
Personale med utdanning i fysisk aktivitet/idrett har ansvaret	<input type="radio"/>
Ingen har ansvar, det er lite tilbud om fysisk aktivitet	<input type="radio"/>

3. Slik mener jeg det burde være (sett kryss bak det svaralternativet som samsvarer med din oppfatting):

Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig	Vet ikke
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Del III: Barrierer for å bruke fysisk aktivitet ved din arbeidsplass

Sett et kryss bak det svaralternativet som samsvarer mest med din opplevelse av ulike hindringer for å fremme fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser ved din arbeidsplass.

4. Hindringer:

	Viktig hindring	Hindring	Ingen hindring
Kostnader	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dårlig helsetilstand hos pasienter med psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på motivasjon hos medarbeidere/personalet/ledere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på motivasjon hos personer med psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasienters opplevde bivirkninger av medisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på tid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på utstyr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglende kunnskap omkring utforming av aktivitets/treningsopplegg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på tilgjengelige aktivitets/treningslokaler/arenaer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på kvalifisert personale til å gjennomføre den fysiske aktiviteten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på min egen personlig interesse for fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Del IV: Erfaringer med kunnskap, motivasjon og barrierer hos mennesker med psykiske lidelser

Her ønsker vi at du setter et kryss for hvert spørsmål ut i fra dine egne erfaringer.

5. Mennesker med psykiske lidelser...

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig	Vet ikke
... er ikke motivert til å delta i fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tror at fysisk aktivitet er godt for deres fysiske helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tror at fysisk aktivitet er godt for deres psykiske helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unngår å være fysisk aktivitet fordi de tror de ikke klarer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ønsker å være fysisk aktive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... har en psykisk helse som gjør det vanskelig for dem å gjennomføre fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... har en fysisk helse som gjør det vanskelig for dem å gjennomføre fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... er ikke interessert i hjelp fra personalet til å være fysisk aktive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Del V: Meninger om mulig effekt av fysisk aktivitet i psykisk helsevern

I denne delen ønsker vi at du setter et kryss for hvert spørsmål ut i fra dine egne meninger om følgende utsagn:

6. Hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig fysisk aktivitet...

	Slett ikke sant	Noe sant	Nesten helt sant	Helt sant	Vet ikke
... vil de få bedre fysisk helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vil de få bedre psykisk helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vil de føle seg bedre etterpå	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vil de få mindre overskudd til annen behandling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vil de leve et mer balansert (normalt) liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vil livskvaliteten deres bli bedre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vil de ha mindre vektproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vil de kunne få mer sosial kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vil de kunne pådra seg skader	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vil andre gi dem mer anerkjennelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vil andre personer sette pris på deres viljestyrke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Del VI: Hva tenker jeg om egen innsats for å fremme fysisk aktivitet i psykisk helsevern

I denne delen ønsker vi at du setter ring rundt det tallet som du mener samsvarer med din opplevelse av utsagnet under.

7. For meg vil det å fremme fysisk aktivitet som en del av behandlingen for personer med psykiske lidelser være:

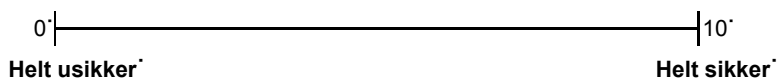
	Svært	Ganske	Litt	Nøytral	Litt	Ganske	Svært	
Verdifullt	3	2	1	0	-1	-2	-3	Bortkastet
Morsomt	3	2	1	0	-1	-2	-3	Ubehagelig
Spennende	3	2	1	0	-1	-2	-3	Kjedelig
Lystbetont	3	2	1	0	-1	-2	-3	Slitsomt
Enkelt	3	2	1	0	-1	-2	-3	Vanskelig
Komfortabelt	3	2	1	0	-1	-2	-3	Ukomfortabelt
Trygt	3	2	1	0	-1	-2	-3	Skadelig/utrygt
Interessant	3	2	1	0	-1	-2	-3	Uinteressant
Positivt	3	2	1	0	-1	-2	-3	Negativt
Effektivt	3	2	1	0	-1	-2	-3	Ineffektivt

8. Ranger fra 0 – 10 hvor sikker du er på påstandene under og bruk linjene til å sette et kryss.

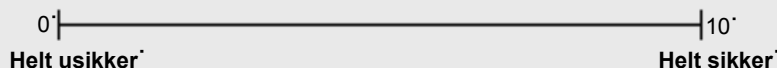
Jeg er **ikke** i posisjon til å påvirke bruken av fysisk aktivitet på mitt arbeidssted:



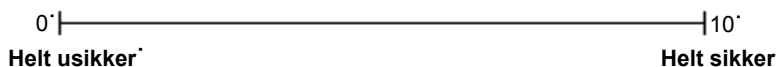
Jeg har det pågangsmotet som skal til for å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen for personer med psykiske lidelser:



Hvis jeg ønsker klarer jeg å fremme fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser:



Jeg har den kunnskapen som trengs for å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen for personer med psykiske lidelser:



Del VIII: Demografi

Sett kryss bak de svaralternativene som passer for deg

10. Alder

- < 30 år
- 31-49 år
- ≥ 50 år

11. Kjønn

- Kvinne
- Mann
- Annet

12. yrkesgruppe

- Idrettspedagog
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Vernepleier
- Sykepleier
- Administrativ stilling
- Miljøterapeut
- Psykolog
- Lege
- Annet (spesifiser under):

14. Stillingsprosent (skriv inn):

15. Avdeling

Helseforetak (skriv inn):

Sett et kryss for din avdeling

Psykisk helse voksen

- Døgnavdeling
- DPS/døgnavdeling
- DPS

Rus- og avhengighet

- Ungdom
- Unge voksne
- Voksne

Annet (Spesifiser under):

Takk for din deltakelse!

Meninger om fysisk aktivitets plass i psykisk helsevern målt i frekvens og prosent.

Underkalla	Helt enig N (%)	Delvis enig N (%)	Delvis uenig N (%)	Helt uenig N (%)	Vet ikke N (%)	Totalt N (%)
FA plass i psykisk helsevern						
FA er en viktig del av et helhetlig behandlingstilbud for personer med psykiske lidelser	188 (85.8)	29 (13.2)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	218 (99.5)
FA er en viktig del av den terapeutiske tilnærmingen til personer med psykiske lidelser	112 (52.1)	92 (42.0)	10 (4.6)	2 (0.9)	1 (0.5)	217 (99.1)
FA bør være en del av helseutdanninger som omhandler psykisk helse	159 (72.6)	50 (22.8)	2 (0.9)	3 (1.4)	3 (1.4)	217 (99.1)

Note. FA = Fysisk aktivitet. Totalt N(%) = Andelen av det totale utvalget som har svart på spørsmålet.

Meninger om mulig effekt av fysisk aktivitet i psykisk helsevern målt i frekvens og prosent.

Underskalaer	Helt sant N (%)	Nesten helt sant N (%)	Noe sant N (%)	Slett ikke sant N (%)	Vet ikke N (%)	Totalt N (%)
Helseeffekter						
Hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig FA vil de få bedre fysisk helse	194 (88.6)	16 (7.3)	7 (3.2)	1 (0.5)	0 (0.0)	218 (99.5)
Hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig FA vil de få bedre psykisk helse	156 (71.2)	40 (18.3)	21 (9.6)	0 (0.0)	1 (0.5)	218 (99.5)
Hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig FA vil de føle seg bedre etterpå	155 (70.8)	44 (20.1)	18 (8.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	217 (99.1)
Hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig FA vil de få mindre overskudd til annen behandling	3 (1.4)	4 (1.8)	24 (11.0)	180 (82.2)	6 (2.7)	217 (99.1)
Hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig FA vil de leve et mer balansert (normalt) liv	103 (47.0)	54 (24.7)	44 (20.1)	2 (0.9)	15 (6.8)	218 (99.5)
Sosiale effekter						
Hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig FA vil de ha mindre vektproblemer	119 (54.3)	46 (21.0)	44 (20.1)	0 (0.0)	9 (4.1)	218 (99.5)
Hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig FA vil de kunne få mer sosial kontakt	100 (45.7)	67 (30.6)	36 (16.4)	3 (1.4)	12 (5.5)	218 (99.5)
Hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig FA vil andre gi dem mer anerkjennelse	83 (37.9)	51 (23.3)	51 (23.3)	6 (2.7)	27 (12.3)	218 (99.5)
Hvis personer med psykiske lidelser er i regelmessig FA vil andre personer sette pris på deres viljestyrke	80 (36.5)	38 (17.4)	66 (30.1)	4 (1.8)	30 (13.7)	218 (99.5)

Note. FA = Fysisk aktivitet. Totalt N(%) = Andelen av det totale utvalget som har svart på spørsmålet.

Gjennomsnitt, standardavvik, minimum og maksimum verdier for affektiv holdning av skulle å fremme fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

Underskalaer	N (%)	Min-maks	Mean (SD)
Verdi			
Bortkastet (1)/ Verdifullt (7)	216 (98.6)	2.0-7.0	6.4 (0.8)
Uinteressant (1)/ Interessant (7)	213 (97.3)	3.0-7.0	6.1 (1.0)
Negativt (1)/ Positivt (7)	214 (97.7)	4.0-7.0	6.3 (0.9)
Opplevelse			
Vanskelig (1)/ Enkelt (7)	214 (97.7)	2.0-7.0	5.2 (1.4)
Ukomfortabelt (1)/ Komfortabelt (7)	214 (97.7)	2.0-7.0	5.4 (1.3)
Kjedelig (1)/ Gøy (7)	214 (97.7)	3.0-7.0	5.8 (1.1)

Note. FA = Fysisk aktivitet. N (%) = Andelen av det totale utvalget som har svart på spørsmålet

Opplevde hindringer for å bruke fysisk aktivitet ved arbeidsplassen målt i frekvens og prosent.

Underskalaer	Viktig hindring N (%)	Hindring N (%)	Ingen hindring N (%)	Totalt N (%)
Praktiske hindringer				
Kostnader	10 (4.6)	75 (34.2)	127 (58.0)	212 (96.8)
Mangel på motivasjon hos medarbeidere/personalet/ledere	24 (11.0)	100 (45.7)	85 (38.8)	209 (95.7)
Mangel på tid	27 (12.3)	86 (39.3)	99 (45.2)	212 (96.8)
Mangel på utstyr	9 (4.1)	44 (20.1)	157 (71.7)	210 (95.9)
Manglende kunnskap omkring utforming av aktivitets/treningsopplegg	8 (3.7)	72 (32.9)	129 (58.9)	209 (95.4)
Mangel på tilgjengelige aktivitets/treningslokaler/arenaer	15 (6.8)	36 (16.4)	158 (72.1)	209 (95.4)
Mangel på kvalifisert personale til å gjennomføre den fysiske aktiviteten	12 (5.5)	51 (23.3)	146 (66.7)	209 (95.4)
Mangel på min egen personlige interesse for fysisk aktivitet	4 (1.8)	42 (19.2)	165 (75.3)	211 (96.3)
Pasient hindringer				
Dårlig helsetilstand hos pasienter med psykiske lidelser	28 (12.8)	120 (54.8)	65 (29.7)	213 (97.3)
Mangel på motivasjon hos personer med psykiske lidelser	77 (35.2)	115 (52.5)	21 (9.6)	213 (97.3)
Pasienters opplevde bivirkninger av medisiner	23 (10.5)	120 (54.8)	66 (30.1)	209 (95.4)

Note. Totalt N(%) = Andelen av det totale utvalget som har svart på spørsmålet.

Erfaringer med å fremme fysisk aktivitet for pasientgruppen målt i frekvens og prosent.

Underskalaer	Helt enig N (%)	Delvis enig N (%)	Delvis uenig N (%)	Helt uenig N (%)	Vet ikke N (%)	Totalt N (%)
Negativ forventning						
Mennesker med psykiske lidelser er ikke motivert til å delta i FA	10 (4.6)	105 (47.9)	75 (34.2)	24 (11.0)	2 (0.9)	216 (98.6)
Mennesker med psykiske lidelser tror at FA er godt for deres fysiske helse	63 (28.8)	114 (52.1)	30 (13.7)	4 (1.8)	4 (1.8)	215 (98.2)
Mennesker med psykiske lidelser tror at FA er godt for deres psykiske helse	37 (16.9)	127 (58.0)	43 (19.6)	2 (0.9)	6 (2.7)	215 (98.2)
Mennesker med psykiske lidelser unngår å være i FA fordi de tror de ikke klarer	44 (20.1)	139 (63.5)	28 (12.8)	3 (1.4)	2 (0.9)	216 (98.6)
Mennesker med psykiske lidelser ønsker å være fysisk aktive	33 (15.1)	117 (53.4)	54 (24.7)	1 (0.5)	10 (4.6)	215 (98.2)
Mennesker med psykiske lidelser er ikke interessert i hjelp fra personalet til å være fysisk aktive	6 (2.7)	72 (32.9)	89 (40.6)	44 (20.1)	3 (1.4)	214 (97.7)
Helseutfordringer						
Mennesker med psykiske lidelser har en psykisk helse som gjør det vanskelig for dem å gjennomføre FA	14 (6.4)	103 (47.0)	64 (29.2)	32 (14.6)	2 (0.9)	215 (98.2)
Mennesker med psykiske lidelser har en fysisk helse som gjør det vanskelig for dem å gjennomføre FA	7 (3.2)	87 (39.7)	78 (35.6)	40 (18.3)	3 (1.4)	215 (98.2)

Note. FA = Fysisk aktivitet. Totalt N(%) = Andelen av det totale utvalget som har svart på spørsmålet.

Gjennomsnitt, standardavvik, minimum og maksimum verdier for utsagn om mestringsforventning for å fremme fysisk aktivitet i psykisk helsevern.

Skala	N (%)	Min-Maks	Mean (SD)
Mestringsforventning			
Jeg har det pågangsmotet som skal til for å bruke FA som en del av behandlingen	209 (95.4)	0.0-10.0	6.8 (2.7)
Hvis jeg ønsker klarer jeg å fremme FA for personer med psykiske lidelser	207 (94.5)	1.0-10.0	7.0 (2.2)
Jeg har den kunnskapen som trengs for å bruke FA som en del av behandlingen	208 (95.0)	0.4-10.0	6.6 (2.4)

Note. FA = Fysisk aktivitet. N (%) = Andelen av det totale utvalget som har svart på spørsmålet

