

Sigrid Strøm Olsen

Akutt Aktiv

Fysisk aktivitet for personer med psykose på en
akuttpsykiatrisk avdeling

Masteroppgave i idrettsvitenskap
Seksjon for idrettsmedisin
Norges idrettshøgskole, 2017

Sammendrag

Fysisk aktivitet (FA) er assosiert med positiv effekt på psykisk helse og økt livskvalitet hos mennesker som lider av alvorlige psykiske lidelser. Da det ikke ble funnet litteratur vedrørende fysisk aktivitet for personer med psykose innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling, ønsket jeg å undersøke om et tilbud om FA kunne gjennomføres med denne gruppen. Om dette lot seg gjøre, ønsket jeg videre å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser deltagerne hadde av tilbudet. Basic Psychological Needs Theory (BPNT – en miniteori under Self-Determination Theory) ble brukt som pedagogisk utgangspunkt for tilrettelegging av aktivitetstilbudet for å fremme psykisk velvære og autonom motivasjon. Seks deltagere benyttet seg av aktivitetstilbudet, og fem av disse delte sine erfaringer gjennom dybdeintervju. En form for tematisk analyse ble brukt til å tolke data, med et teori-tematisk utgangspunkt i BPNT. Deltagernes erfaringer med fysisk aktivitet ble kategorisert i tre grupper, relatert til kontekstuelle forhold, forhold rundt egen psykiske helse og holdninger til fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan gjennomføres med pasienter med psykose på akuttpsykiatrisk avdeling. Aktivitetstilbudet var dog ikke egnet for alle personer med psykose på avdelingen. Deltagernes erfaringer berørte kontekstuelle forhold som var viktig for en god opplevelse av aktiviteten: fast aktivitetsveileder over tid, individuell tilrettelegging og organisert utendørs hvis mulig. Erfaringene med det sosiale miljøet kunne forklares ved hjelp av BPNT, unntaket var ønsket om utendørsaktivitet. Opplevelse av aktivitet ble kategorisert som gode og mindre gode, og berørte forhold som er dokumentert å være inkludert i domener av psykisk helse i en modell av Mjøsund et al. (2015). Gode opplevelser ble berørt i størst grad.

Summary

Physical activity (PA) is associated with positive effect on mental health and increased quality of life for people suffering from severe mental diseases. Since there was no literature found in regards to physical activity and patients admitted to acute psychiatric wards with psychosis, I wanted to do a research if it was possible to implement PA as an option to this specific category of patients. Furthermore, if it was possible to implement, I wanted to look into experiences and perceptions the participants had of the PA implementation. Basic Psychological Needs Theory (BPNT- a sub theory to Self-Determination Theory) was used as an educational tool to facilitate the activities offered, to promote physical wellbeing and independent motivation. Six participants took part in the activities offered to them and five of them gave feed back on their experience through an in-depth interview. To interpret the data a form of thematic analysis was used, with a “theory- thematic” base in BPNT. The participant’s experience with physical activity was categorized in three groups, related to: contextual conditions, conditions in regard to their own mental health and their attitude towards physical activity. Findings from this research concludes that physical activities can be implemented on psychiatric acute wards to patients diagnosed with psychosis. Though, the physical activities were not suitable for all patients in the ward with this diagnose. Furthermore, the participant’s experience was affected by contextual conditions, which was important for a good experience of the activity, such as: same activity supervisor for the period of time, individual facilitation and if possible organized outdoors activities. Experiences with the social environment, was possible to be explained with the assistants of BPNT, except the wish for outdoors activities. The experience of the activity was categorized as good and less good. It affected conditions, which are documented to be included in mental health domains. Good experiences were affected to the greatest extent.

Innhold

Sammendrag	1
Summary.....	2
Innhold	3
Forord	6
Forkortelser	8
1. Bakgrunn	9
1.1 Akuttpsykiatrisk tilbud i Norge.....	9
1.2 Psykiske lidelser	11
1.3 Psykose.....	12
1.3.1 Symptomer på psykose	13
1.3.2 Behandling.....	14
1.4 Psykiske lidelser og fysisk helse	15
1.5 Fysisk aktivitet og psykisk helse	15
1.6 Fysisk aktivitet og psykose	16
1.6.1 Barrierer, motivasjon og tilrettelegging av FA.....	16
2. Teoretisk bakgrunn.....	18
2.1 Selvbestemmelsesteorien	18
2.1.1 Basic Psychological Needs Theory.....	19
2.2 Psykisk helse	21
2.3 Forskningsbehov	23
2.4 Problemstilling	23
3. Metode	25
3.1 Design.....	25
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring	25
3.3 Utvalg	27
3.4 Min biografi.....	28
3.5 I forkant av datainnsamling.....	29
3.5.1 Godkjennelse av studien	29

3.5.2	Kurs om motivasjon og FA.....	30
3.5.3	Brukermedvirkning.....	30
3.5.4	Pilotintervjuer	30
3.5.5	Rekruttering	31
3.5.6	Informert samtykke.....	31
3.5.7	Bakgrunsskjema.....	31
3.6	Aktivitetstilbudet.....	32
3.6.1	Aktivitetens art.....	32
3.6.2	Motivasjonsstøttende aktivitet	33
3.6.3	Form for aktivitet.....	34
3.7	Datainnsamlingsprosessen	35
3.7.1	Aktivitetsnotater.....	35
3.7.2	Dybdeintervjuer	35
3.7.3	Oppbevaring av sensitive data	36
3.8	Analysetilnærming.....	37
3.8.1	Tematisk analyse.....	37
3.8.2	Gjennomføring av analyse.....	39
3.8.3	Min rolle som forsker under datainnsamling og analyse.....	45
3.9	Studiens troverdighet.....	46
3.9.1	Gyldighet	46
3.9.2	Overførbarhet.....	48
3.9.3	Pålitelighet	49
3.9.4	Bekreftbarhet	49
3.10	Etikk.....	50
3.11	Håndtering av eventuelle reaksjoner	52
4.	Resultat.....	54
4.1	Gjennomførbarhet	54
4.2	Opplevelse og erfaring av FA.....	56
4.2.1	Opplevde kontekstuelle forhold av FA.....	57
4.2.2	Fast aktivitetsveileder over tid.....	58
4.2.3	Individuell tilrettelegging	60
4.2.4	Utendørs aktivitet.....	63
4.3	Opplevd virkning av FA på psykisk helse	64
4.4	Holdninger til FA	65
5.	Diskusjon.....	67
5.1	Gjennomføring av aktivitetstilbud	67
5.2	Erfaringer og opplevelse av tilbudet	69
5.2.1	Opplevde kontekstuelle forhold rundt FA	69
5.2.2	Opplevd virkning av FA på psykisk helse	77
5.3	Styrker og begrensninger	79
5.3.1	Åpen tilnærming	79

5.3.2	En person til alle roller.....	79
5.3.3	Data utenfor de globale temaene	80
5.3.4	Definisjoner og begreper	80
5.3.5	Recall bias.....	80
5.3.6	Antall deltagere.....	80
5.3.7	Språkbarriere.....	82
5.3.8	Deltagere med psykose	82
5.3.9	Medisinpåvirkning	82
5.4	Betydning for praksis	83
5.5	Konklusjon.....	85
5.6	Videre forskning.....	85
	Litteraturliste	87
	Oversikt over tabeller	100
	Oversikt over figurer.....	101
	Oversikt over vedlegg	102

Forord

Min mastertid har vært fylt med mye glede og lærdom, samt en del slit. Å lage en frittstående studie, med en sårbar gruppe som er beskyttet etter alle kunstens regler, var en tålmodighetsprøve av sjeldent kaliber. Motet var ikke helt på topp da jeg i mai stod uten forskningsdata og så mine medstudenter vinke farvel til Idrettshøgskolen for godt. Datainnsamlingen spiste kanskje opp store deler av sommerferien min, men det var fantastisk å endelig komme i gang med det prosjektet jeg hadde ventet så lenge på å få gjennomføre. Responsen var god fra både pasienter og personalet på sykehuset, og jeg fikk mange kommentarer på at ”dette var viktig” og at ”alle burde få et slikt tilbud”.

Jeg har vært heldig å få med meg to utrolig dyktige veiledere på laget, som har gitt uttrykk for å ha et genuint ønske at jeg skulle få gjennomføre mitt (så å si) egenproduserte prosjekt. Marit Sørensen (Seksjon for coaching og psykologi, NIH) og Nina Helen Mjøsund (Forskningsavdelingen, Vestre Viken) har vært avgjørende personer for gjennomføring og ferdigstilling av dette prosjektet. De har begge vært tålmodige og hjulpet meg gjennom den lange prosessen. Begge har trolig også revet seg litt i håret av min kvantitative begrepsbruk og tenkning, før det kvalitative lyset gikk opp for meg like før datainnsamling. Vi har bestemt oss for å skrive artikkel av materialet, og jeg håper at denne masteroppgaven vil kunne resultere i min første publikasjon.

Jeg vil avslutte med å takke alle mine gode venner som har hjulpet meg underveis, holdt humøret mitt oppe og ikke minst sørget for at jeg har fått hyggelige pauser de gangene jeg har trengt det. Takk for at dere fremdeles holder ut til tross for at jeg har bodd på Espressohouse et halvt år. Jeg vil også benytte anledningen til å takke mamma og pappa. Ikke bare for hjelp med denne oppgaven, men generelt alle timene de har dedikert gjennom min skolegang til å hjelpe meg når jeg har spurt om det! I forbindelse med denne oppgaven vil jeg spesielt takke min master-partner Mari Skifjeld, som jeg har tilbragt utallige skrivetimer med, i treningsklær og med gulrot i hånda.

Seks år, så fort det går.

Takk for nå, N I H !

Forkortelser

APL → Alvorlige psykiske lidelser

BPNT → Basic Psychological Needs Theory

FA → Fysisk aktivitet

SDT → Self-Determination Theory

1. Bakgrunn

Gjennom de siste tiårene har det vært et ideologisk skifte i helsevesenet. I praksis har denne endringen ført til økt fokus på behandling rettet mot å hjelpe pasienter å håndtere sin sykdom, bli mer selvstendige, bygge relasjoner og delta i meningsfulle aktiviteter (Drake, Green, Mueser, & Goldman, 2003; Röessler, 2006). Nyere forskning dokumenterer at FA har positiv effekt på psykisk helse og livskvalitet hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser (APL) (Alexandratos, Barnett, & Thomas, 2012; Gorczynski & Faulkner, 2010; Holley, Crone, Tyson, & Lovell, 2011). I noen tilfeller bidrar FA også til symptomlindring ved APL (Rosenbaum, Tiedemann, Sherrington, Curtis, & Ward, 2014). Mennesker med APL er mindre fysisk aktive enn den øvrige befolkningen og FA er i dag bevist å være et nyttig verktøy for å bekjempe flere av de mest fremtredende fysiske lidelsene hos denne gruppen (Janney et al., 2014; Jerome et al., 2009; Stubbs, Firth, et al., 2016). Det reduserte aktivitetsnivået hos mennesker med APL ser ut til å ha komplekse og sammensatte årsaker (Johnstone, Nicol, Donaghy, & Lawrie, 2009; Vancampfort, Correll, et al., 2013; Verhaeghe, Maeseneer, Maes, Heeringen, & Annemans, 2013).

1.1 Akuttpsykiatrisk tilbud i Norge

Akuttseksjoner og akuttmottak er bærebjelken i det norske akuttilbudet for individer med APL (Ruud, Gråwe, & Hatling, 2006). De har døgnposter i lukkede avdelinger over kortere perioder for observasjon, utredning, symptomlindring og miljøterapi, før pasienten sendes videre til annen behandling eller friskmeldes (Vestre Viken, 2016). Miljøterapi er en arena for et bredt spekter av aktiviteter med terapeutisk effekt, inkludert fysisk aktivitet (FA).

Det akuttpsykiatriske tilbudet i Norge er regulert av spesialisthelsetjeneste loven og lov om psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 2001). De fleste akuttpsykiatriske avdelinger er lukket, det betyr at dører er låste og pasientene må ha følge av helsepersonell for å kunne gå ut. En andel av pasientene er tvangsinnlagt, altså lagt inn mot sin vilje. Paragraf §3.2 eller §3.3 i Psykisk helsevernloven (2001) brukes som grunnlag for tvunget observasjon eller tvunget psykisk helsevern. Videre kan tvang eksempelvis også utøves under §4.4 som tvangsbehandling eller §4.8 ved bruk av tvangsmidler (Psykisk helsevernloven, 2001). Noen er også innlagt frivillig etter

henvisning fra fastlege eller legevakt. Gjennomsnittlig innleggelsestid for pasienter med psykose på akuttpsykiatriske poster i Norge er 9,5 dager (Ruud et al., 2006).

Ved akuttseksjoner samhandler pasientene med avdelingenes leger, psykologer, fysioterapeuter, sykepleiere og miljøpersonale, hvor alle yrkesgrupper bidrar til å behandle og observere pasientene. Avdelingene gir et individuelt tilpasset behandlingstilbud i form av symptomlindring, individuelle samtaler, miljøterapi og medikamentell behandling. De lukkede avdelingene er bemannet hele døgnet og har mulighet for skjerming av pasienter (Vestre Viken, 2016).

Medisinering praktiseres i størst grad som behandlingsform ved akuttpsykiatriske seksjoner (Eriksson & Hummelvoll, 2012), men miljøterapi utgjør også en stor del av behandlingstilbudet. Miljøterapien er en realitets- og aktivitetsbetont behandling hvor kommunikasjon og samhandling bygger på psykologiske, pedagogiske og sosiale forhold rundt pasienten (Bechgaard, 1992). Det omtales også som en nøye gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale, fysiske og materielle betingelser i forhold til individets, og eventuelt gruppens, behov og situasjon (Ahlin, 1969). Gjennom miljøterapien får en mulighet til å utnytte hverdagslige aktiviteter og rutiner til å ha en terapeutisk effekt på pasientene (Fredheim, 2009). Rutiner og prosedyrer ved akuttpsykiatriske avdelinger bør bære preg av ivaretagelse, omsorg, varme og åpenhet (Ilner, 2012). Individuelle behandlingsplaner er styrende for arbeidet miljøterapeuter og sykepleiere utøver i miljøet pasientene er en del av under behandlingen. Miljøet innebærer både fysiske og sosiale forhold pasienten omgås med under oppholdet på sykehuset. Miljøterapi er med dette en arena for et bredt spekter av aktiviteter, inkludert fysisk aktivitet (FA).

Øverland (2006) påpeker at den miljøterapeutiske praksisen i stor grad styres av organisasjonens (- og ledelsens) egen ideologi, og miljøterapiens form vil med dette kunne variere mellom sykehusene. Organisasjonenes ressurser, pasientgrupper og fysiske rammer bidrar også til særegne miljøterapeutiske fremgangsmåter (Fredheim, 2009). Miljøterapien har til hensikt å utnytte mulighetene som ligger i daglige rutiner, aktiviteter og samvær for å oppnå en støttende og terapeutisk effekt på pasientene (Fredheim, 2009). FA kan anses som en meningsfull aktivitet, og være en arena for å etablere relasjoner og oppleve mestring.

1.2 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er et globalt fenomen og kjent i de fleste kulturer. Forklaringene på psykiske lidelser er i stor grad farget av det samfunnet og den kulturen den opptrer i, og avhenger også av hvilket perspektiv en velger å ta utgangspunkt i (Hummelvoll, 2012). Det finnes en rekke perspektiver å betrakte psykiske lidelser ut ifra. Jeg har valgt å legge frem tre ulike perspektiver som jeg anser har relevans for denne studien.

Med bakgrunn i et biomedisinsk perspektiv vil psykiske lidelser og avvikende adferd forklares på bakgrunn av nevrologiske og biokjemiske prosesser (Wilson & Kneisl, 1996). Hummelvoll (2012) hevder at et biomedisinsk perspektiv på psykiske lidelser kan redusere fenomenet psykose til en "maskinfeil", hvor psykologiske og sosiale forhold får en lite avgjørende plass i forståelsen. Med et medisinsk perspektiv, kategoriseres psykiske lidelser ved hjelp av to ulike verktøy, DSM-5 (APA, 2013) og ICD-10 (WHO, 2009). Alvorlighetsgraden avgjøres i medisinsk sammenheng av i hvor stor grad symptomer som beskrives i disse verktøyene er tilstedeværende. Psykiske lidelser spenner fra milde til alvorlige. De alvorlige psykiske lidelsene omfatter diagnoser innen bipolar og schizofreni spekteret, samt komplekse dobbeltdiagnoser med psykisk lidelse og avhengighetsproblematikk. De alvorlige psykiske lidelsene kan innebære at pasienten opplever psykose. Psykiske lidelser kan føre til betraktelig redusert funksjon hos individet som forhindrer hverdagslige aktiviteter. Eksempelvis kan egenomsorg, omsorg for barn eller arbeidsevne bli forstyrret. Alvorlighetsgraden av psykiske lidelser betegnes ofte i forhold til et kontinuum, fra milde- til alvorlige psykiske lidelser. I denne oppgaven vil det i størst grad vises til grupper som er ansett å være alvorlig rammet av psykiske lidelser.

I et sosialt perspektiv vil det å være "sinnsyk" bli betraktet som en sosial rolle (Scheff, 1975), som følge av at en psykisk syk avviker fra sosiale normer i samfunnet (Hummelvoll, 2012). Avviket fra de sosiale normene utløser reaksjoner fra samfunnet, som eksempelvis det å bli innlagt ved psykiatrisk avdeling (Hummelvoll, 2012). Også i et slikt perspektiv kan en argumentere for at mennesket reduseres, da den enkelte kun blir betraktet som aktør i en sosial rolle.

I foreliggende studie tar jeg i størst grad tatt utgangspunkt i en relasjonell tilnærming og forståelse av fenomenene psykiske lidelser og psykose. Relasjonsmodellen er en

helhetsteori som ønsker å forklare fenomener på bakgrunn av den konteksten fenomenene er en del av (Jensen, 2012). I en relasjonell tilnærming vil avvik defineres av ”øyet som ser”, hvor vår fortolkning av et fenomen fremstår som vår forståelse (Jensen, 2012). Relasjonsmodellen, og bruk av denne i foreliggende studie, forklares nærmere i avsnittet om vitenskapsteoretisk tilnærming. Definisjonen som ligger til grunne for psykiske lidelser i denne sammenheng har et psykososialt utgangspunkt som lyder som følger:

”(...) psykososiale reaksjoner på stress som virker inn på eller hindrer en persons evne til å møte menneskelige behov og fungere innen en kultur på en effektiv og rimelig enkel måte.”

(Pasquali, Arnold, & DeBasio, 1989).

Kort oppsummert finnes det flere tolkninger av psykiske lidelser, men i denne studien vil det relasjonelle og sosiale aspektet vektlegges. Psykiske lidelser opptrer i mange ulike varianter. Fenomenet psykose var fellesnevneren for deltagerne i den foreliggende studien.

1.3 Psykose

Mange akuttinnleggelser skjer på grunn av at pasienten opplever psykose. Schizofreni eller schizoaffektiv lidelse er de største diagnosegruppene som legges inn grunnet psykose (Ilnér, 2012). I norske akuttavdelinger er dette den pasientgruppen med lengst gjennomsnittlig innleggelsestid sammenlignet med andre pasientgrupper, med et snitt på 9,5 dager mot 7,4 (SD=11,2) for alle grupper samlet (Ruud et al., 2006).

”En psykose er en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte ’virkeligheten’, kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller”

(Wilson & Kneisl, 1996).

Hummelvoll (2012) understreker at den enkeltes erfaring med psykose er genuint personlig. Det er med andre ord et behov for å sette seg inn i den enkeltes virkelighetsoppfatning når en skal arbeide med mennesker med psykose. Ofte kan en oppdage et engstelig og forvirret menneske som er ute etter bekreftelse på sin identitet og som ønsker seg fast grunn å forholde seg til (Hummelvoll, 2012). Symptomene på psykose hos den enkelte er med på å antyde vedkommende sine utfordringer, og

samtidig gi innsyn i deres virkelighetsoppfatning (Hummelvoll, 2012). Generelle symptomer på psykose er nevnt under for å gi et inntrykk av hvilke varianter de personlige symptomene kan komme til uttrykk i. Diagnoser som baserer seg på symptomer på psykose er et nødvendig verktøy i psykiatrien, men gir ikke nødvendigvis tilstrekkelig informasjon for optimal samhandling med enkelte pasienter.

1.3.1 Symptomer på psykose

Psykose inngår i flere sykdomsgrupper. Eksempler kan være akutte forbigående psykoser, stemningslidelser (bipolar lidelse), schizofreni og paranoide tilstander (Hummelvoll, 2012). Forklaringene på årsaksforholdene for de ulike typene er mange, og vil ikke utdypes her da fokuset i denne oppgaven er rettet mot relasjonelle og sosiale aspekter ved psykose. Symptomene på psykose kan dog være gunstig å kjenne til, da disse vil kunne påvirke hvordan mennesker med psykose opptrer i sitt sosiale miljø. Uavhengig av bakgrunn for psykose, er symptomene relativt like og deles inn i hovedkategoriene: positive og negative symptomer. Positive symptomer er ”tilleggsfenomener” som ikke opptrer når pasienten ikke er psykotisk. Vanlige positive symptomer er vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller forvirring (Hummelvoll, 2012). Også uorganisert adferd som motorisk hemning, hensiktsløs overaktivitet eller agitasjon kan prege et individ under en psykose (Ilnert, 2012). Negative symptomer er ”bortfallsfenomener”, som vil si fravær av vanlige funksjoner som individet har ved normal tilstand. Disse opptrer ofte som avflatet affekt eller apatisk adferd, mindre avansert bruk av tale, manglende evne til å føle glede, manglende spontanitet, mer passiv adferd, samt kontaktvansker og isolasjon (Ilnert, 2012).

Som tidligere påpekt, er det viktig å være oppmerksom på de store variasjonene i opplevelse av symptomene mellom individer med psykose. Walton og Madjar (1999) gjorde kvalitative studier på mennesker med schizofreni og kartla en rekke fysiske og psykiske utslag av lidelsene i forbindelse med behandling. Disse funnene belyser noen av opplevelsene mennesker med psykose kan ha, både av symptomene og av behandlingen de får. Her er kun noen utvalgte blitt fremstilt. For det første kan både det å være syk og være i behandling kunne oppleves tyngende, både kroppslig og sjelelig. (Walton & Madjar, 1999). Da det er store individuelle variasjoner i symptomer, vil denne opplevelsen være unik og fremtredende i ulik grad hos den enkelte. For det andre

kan hallusinasjoner påvirke sansene og personens opplevelse av egen eksistens, som kan vanskeligjøre eller hindre hverdagslige gjøremål (Walton & Madjar, 1999). For det tredje kan en føle seg fremmed i verden. Dette kan grunne i at det hverdagslige bryter sammen, og den utsatte kan oppleve en nokså radikal fremmedgjøring i eget liv (Walton & Madjar, 1999). En fjerde opplevelse er å være oppslukt av egne tanker. Dette innebærer at flere tanker konkurrerer samtidig, som kan gjøre det vanskelig å føre en samtale eller utføre arbeidsoppgaver (Walton & Madjar, 1999). For det femte kan en oppleve forandringer i kroppen, eksempelvis følelse av tretthet, som påvirker daglige gjøremål. Denne utmattelsen kan forklares både av bivirkninger av medikamenter, men også som symptomer som apati (Walton & Madjar, 1999). En siste opplevelse er spørsmålet om "sjel-legemet". Dette er en opplevelse av at tanker og egne oppfatninger endres som følge av medikamentbruk, og en kan bli usikker på hvilken versjon av en selv som virkelig er den sanne (Walton & Madjar, 1999).

1.3.2 Behandling

Hensikten med behandling ved akutte psykotiske episoder er å forebygge skade, kontrollere ukontrollert adferd og redusere symptomer (Lehman et al., 2004). På bakgrunn av de ulike måtene å forstå psykisk lidelse og psykose på, finnes både psykologiske, sosiale og biologiske metoder for behandling. De første antipsykotiske medikamentene ble tatt i bruk tidlig på 1950-tallet, og utgjorde sammen med miljøterapi og psykoterapi et stort fremskritt innen behandling av psykoselidelse. Medisinering er den mest utbredte behandlingsformen og inngår under biologiske tilnærmingen (Ruud et al., 2006). Antipsykotiske medisiner blokker D2-reseptorene som tar opp dopamin, og kan være effektive da de demper positive symptomer (Ilnert, 2012). Dette vil videre kunne gjøre pasienten mer tilgjengelig for psykososiale tiltak. En av de mest kjente sideeffektene av eldre former (førstegenerasjon) av antipsykotika, er bevegelsesforstyrrelser (Ilnert, 2012). I praksis kan disse opptre som kramper eller ukontrollerte muskelsammentrekninger. Nyere varianter (andregenerasjon) av antipsykotika, som brukes mest i dag, gir lavere forekomst av bevegelsesforstyrrelser, men har også sine bivirkninger. Vektøkning, endring i glukoseutnyttelse og økte lipidnivåer er noen av utfordringene for antipsykotika som brukes mest i dag (Meyer, 2002). Hjerte- og kar sykdommer trigges av sistnevnte bivirkninger, og er spesielt utbredt hos mennesker med APL (Laursen et al., 2013). Flere faktorer er medvirkerne

for utvikling av hjerte- og kar sykdommer hos denne gruppen, hvorav livsstilsvalg som fysisk inaktivitet er en av dem (Scott & Happell, 2011).

1.4 Psykiske lidelser og fysisk helse

Det er et kjent fenomen at APL er forbundet med forkortet levetid og økt forekomst av komorbide fysiske lidelser sammenlignet med den generelle befolkningen (Hert et al., 2011; Leucht, Burkard, Henderson, Maj, & Sartorius, 2007; Nordentoft et al., 2013; Roshanaei-Moghaddam, Katon, & Russo, 2009). Denne gruppen har en redusert levetid på hele 15-20 år (Nordentoft et al., 2013). Dette kan delvis forklares med en høyere suicidal forekomst (Nordentoft, Mortensen, & Pedersen, 2011), men i stor grad også fysisk inaktivitet, som tidligere nevnt (Scott & Happell, 2011). Stadig mer forskning viser til assosiasjoner mellom økt nivå av FA og gode effekter på både fysisk og psykisk helse (Dauwan, Begemann, Heringa, & Sommer, 2016; Firth, Cotter, Elliott, French, & Yung, 2015; Rosenbaum et al., 2014).

1.5 Fysisk aktivitet og psykisk helse

FA har vist seg å gi økt psykologisk velvære, bedre psykisk helse og økt livskvalitet i befolkningen (Berger & Tobar, 2001; Biddle, Fox, & Boutcher, 2003; Biddle & Mutrie, 2007; Landers & Arent, 2001; Stephens, 1988). Fysisk aktivitet er all kroppslig bevegelse som er produsert av skjelettmuskulatur, og fører til økt energiforbruk utover hvileforbruk (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Økt nivå av FA er positivt assosiert med lavere forekomst av angst og depresjon, samt bedre humør blant den generelle befolkningen (Stephens, 1988). Kliniske bevis støtter også at FA har positiv innvirkning på psykiske lidelser i kliniske populasjoner, ikke bare i form av økt livskvalitet og bedre psykisk helse, men også for bedring av selve lidelsen (Blumenthal et al., 2007; Deslandes et al., 2009; Hirsch, Toole, Maitland, & Rider, 2003; Rolland et al., 2007). FA er også forbundet med forbedret kognitiv hjernefunksjon og hjerneplasitsitet (Colcombe et al., 2006; Deslandes et al., 2009; Kramer & Erickson, 2007), som kan være med på å forklare noen av de positive innvirkningene på psykisk helse.

Rosenbaum, Tiedemann, Sherrington, Curtis og Ward (2014) gjennomførte en meta-analyse og konkluderte med at FA kan forbedre livskvaliteten for mennesker med APL.

En tverrsnittstudie av Farholm, Sørensen og Halvari (2016b) bekrefter disse funnene, men tilføyer at aktivitetens innhold også er av betydning for livskvaliteten.

1.6 Fysisk aktivitet og psykose

Ellis, Crone, Davey, and Grogan (2007) hevder i sin oversiktsartikkel at deltagelse i FA har en positiv effekt på psykisk helse hos mennesker som lider av psykose. To kvalitative oversiktsartikler (Mason & Holt, 2012; Soundy et al., 2014a) viser til flere lignende funn som viser FAs positive virkning på symptomer hos grupper med psykoselidelse. Sammenfallende funn var at aktivitet med høy intensitet kunne trekke fokus bort fra hørselshallusinasjoner og ”koble dem” tilbake til virkelighetsbildet gjennom å fokusere på aktiviteten og fysisk utmattelse. FA generelt kan også redusere negative symptomer og øke funksjon. Individuell støtte og oppfølging av pasientene var et fokus begge artiklene trakk frem som viktige for å oppnå de positive effektene av FA.

I en kvalitativ studie av pasienter med førstegangpsykose beskriver deltagerne at FA bidro til en bedret opplevelse av psykiske helse, økte deres selvsikkerhet og ga dem en følelse av mestring (Firth et al., 2016a). Flere studier viser til at FA øker energinivået, reduserer forekomst av angst, og at flertallet av deltagende pasienter har positive opplevelser med å delta i FA (Pelham & Campagna, 1991; Pelham, Campagna, Ritvo, & Birnie, 1993; Unger, Skrinar, Hutchinson, & Yelmokas, 1992). Sistnevnte studier baserer seg på intervensjoner som stort sett har 4x30 minutter aktivitet i uken, 8-12 uker. Et studie med 2x30min i uken over 10 uker med lav til moderat intensitet rapporterte positive endringer i psykologisk velvære, bedre sosiale evner og bedre søvnmønster (Faulkner & Sparkes, 1999). Det ble ikke funnet noen studier som undersøkte FA hos denne gruppen i den mest akutte fasen av psykose.

1.6.1 Barrierer, motivasjon og tilrettelegging av FA

Grupper med APL har en relativ høy frafallsprosent på rundt 20-30% i FA-intervensjoner (Firth et al., 2016b). Kjente barrierer for FA for mennesker med APL er blant annet bivirkninger fra medisiner, sykdomssymptomer og fysiske sykdommer (Glover, Ferron, & Whitley, 2013; Hodgson, McCulloch, & Fox, 2011; Johnstone et al., 2009). Noen barrierer som rapporteres av både mennesker med APL og helsearbeidere er mangel på motivasjon, eller relatert til motivasjon (Fraser, Chapman, Brown, Whiteford, & Burton, 2015; Happell, Scott, Platania-Phung, & Nankivell, 2012;

Soundy, Stubbs, Probst, Hemmings, & Vancampfort, 2014b). En oversiktsartikkel fra 2016 (Firth et al.) konkluderte med at 80-90 % av mennesker med APL hadde bedret fysisk- og psykisk helse som motiver for å være mer i FA. Studier som har vurdert intervensjoner for grupper med schizofreni har konkludert med at tett oppfølging, overvåking av aktivitet og individuell tilrettelegging etter deltagerens preferanser var essensielt for vedvarende deltagelse i intervensjoner for denne gruppen (Kimhy, Khan, et al., 2015; Kimhy, Vakhrusheva, et al., 2015). Dette støttes av kvalitative oversiktsartikler der pasientene beskriver at individuell støtte kan hjelpe dem å overkomme barrierer for å være fysisk aktive (Mason & Holt, 2012; Soundy et al., 2014a). Sosialt samvær og ”å være en del av noe” har også vist seg å være viktige motivasjonsfaktorer (Mason & Holt, 2012), sammen med sosial støtte som kan komme fra helsepersonell (Carpiniello, Primavera, Pilu, Vaccargiu, & Pinna, 2013; Fraser et al., 2015; Hodgson et al., 2011; Ussher, Stanbury, Cheeseman, & Faulkner, 2007). Organisert aktivitet som ledes eller følges opp av en kvalifisert leder som fremstår som velorganisert, er en faktor som vektlegges som viktig for å oppnå vedvarende deltagelse for denne gruppen (Hodgson et al., 2011; Stubbs, Vancampfort, et al., 2016; Vancampfort et al., 2016).

Moderne motivasjonsteorier ser ikke motivasjon som noe man har eller ikke har, men skiller i større grad mellom ulik kvalitet på motivasjonen. Flere studier har funnet økt kvalitet av motivasjon hos mennesker med APL når de føler eierskap og medbestemmelse i forbindelse med deltagelse i FA (Farholm et al., 2016b; Sørensen, 2006; Vancampfort, De Hert, et al., 2013). Denne formen for motivasjon vil kunne oppstå om aktiviteten er tilpasset individets ønsker og utfordringer (Farholm et al., 2016b). Farholm et al. (2016b) anbefaler på bakgrunn av sin egen, og annen forskning, at helsepersonell burde jobbe for å legge til rette for et aktivitetstilbud som tilfredsstillende opplevelse av autonomi, kompetanse og tilhørighet, for å fremme autonom motivasjon for, og vedvarende deltagelse i, FA hos mennesker med APL. Self-Determination Theory, selvbestemmelsesteorien, av Deci og Ryan (1984) er, blant andre, mye brukt til å forklare grunnlaget for kvalitet av motivasjon.

2. Teoretisk bakgrunn

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for det teoretiske rammeverket som har blitt brukt som bakgrunn for denne oppgaven. Da deler av en omfattende teori har blitt benyttet, vil jeg først gi et bilde av teorien i sin helhet, før jeg går nærmere inn på det aspektet av teorien som fokuseres på i foreliggende oppgave.

2.1 *Selvbestemmelsesteorien*

Self-Determination Theory (SDT), selvbestemmelsesteorien, av Deci and Ryan (2002) er en omfattende teori om menneskers motivasjon og personlighet. Teorien har vist seg å være favnebar i en rekke ulike fagfelt, inkludert helse og FA (Deci & Ryan, 2002; Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004). Som nevnt tidligere, har teorien også vist seg nyttig i arbeid med FA og individer med APL (Farholm et al., 2016b; Firth et al., 2016a; Gard, Fisher, Garrett, Genevsky, & Vinogradov, 2009; Vancampfort, Stubbs, Venigalla, & Probst, 2015).

SDT er en multi-dimensjonal teori, sammensatt av seks miniteorier som tar for seg ulike fenomener innenfor motivasjon. Denne oppgaven vil vektlegge miniteorien om basale psykologiske behov, nemlig Basic Psychological Needs Theory (BPNT; Ryan & Deci, 2000). SDT vil først bli kort gjort rede for, før BPNT beskrives i perspektiv av helheten.

SDT tar utgangspunkt i at mennesker er skapt for aktivitet, søker vekst, mestring og opplevelser, som tilfører erfaringer til vårt grunnlag for opplevelse av oss selv og egen selvtillit (Deci & Ryan, 2002). Denne viljen til å utvikle seg og tilegne seg erfaring kan beskrives som en internaliseringsprosess, hvor mennesker adopterer sosiale holdninger og verdier og gjør de til sine egne. Deci and Ryan (2000) påpeker at disse tendensene hos mennesket ikke oppstår hos individet alene, men at det trenger innspill og støtte fra sitt sosiale nærmiljø. SDT bygger blant annet på ideen om at tilfredsstillelse av basale psykologiske behov er med på å legge til rette for autonom motivasjon og optimal internalisering (Gagné & Deci, 2005). Disse behovene, som vises til senere i kapitlet, ser ut til å trenge næring fra det sosiale nærmiljøet for at vi skal kunne oppnå autonom motivasjon.

SDT beskriver ulike former for motivasjon, og skiller spesielt mellom kontrollert motivasjon og autonom motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Kontrollert motivasjon kjennetegnes av at vi handler eller ønsker å handle på bakgrunn av opplevelse av press, enten fra ytre kilder som belønning eller straff, eller indre press som følelse av skam eller stolthet. Motivasjon av denne typen er dokumentert å være negativ for menneskers velvære, da en opplever seg presset (Ryan & Deci, 2000). Autonom motivasjon er på den andre siden positivt forbundet med økt grad av velvære (Ryan & Deci, 2000). Denne formen for motivasjon drives av en spontan tilfredsstillelse og interesse for handlingen, eller en opplevelse av at handlingen er personlig viktig (Gagné & Deci, 2005; Ryan & Deci, 2000).

2.1.1 Basic Psychological Needs Theory

Basic Psychological Needs Theory (BPNT) er en av seks miniteorier som til sammen utgjør SDT. BPNT er vektlagt i foreliggende oppgave. Når det vises til SDT senere i oppgaven, er dette i sammenheng med forskning gjort på teorien med vekt på de grunnleggende behovene som kommer frem i BPNT. BPNT baserer seg på at tre basale psykologiske behov må tilfredsstilles gjennom det sosiale miljøet for at individer skal oppnå vedvarende psykologisk vekst, integritet, velvære og motivasjon av høy kvalitet (Ryan & Deci, 2000). Disse tre behovene er opplevelse av autonomi, tilhørighet og kompetanse (Deci & Ryan, 2000). Autonomi viser til en følelse av eierskap til egne handlinger og valg, kompetanse anses som opplevelse av suksess i optimale utfordringer, og tilhørighet sier noe om etablering av gjensidig respekt og tillit til medmennesker i det sosiale nærmiljøet (Deci & Ryan, 2002; Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002). Denne teorien omtaler hvordan sosial-kontekstuelle forhold er av betydning for menneskers psykologiske velvære. I SDT anses de tre behovene som fundamentale for optimal funksjon og velvære hos mennesker (Deci & Ryan, 2000, 2008; Ryan & Deci, 2000). Sosiale miljøer som tilfredsstiller de tre psykologiske behovene vil støtte sunn funksjon, mens et miljø som ikke tilfredsstiller disse vil virke motsatt (Deci & Ryan, 2002). Lemyre, Treasure, and Roberts (2006) hevder understimulering av behovene vil kunne føre til ugunstige utfall, som stress, angst og selv-kritikk.

Autonomi viser til følelsen av at en selv er pådriver til sin egen adferd og egne handlinger (Deci & Ryan, 2002). Når individet opplever at egne handlinger er et uttrykk for dem selv, vil de oppleve aktiviteten mer verdifull og ha mer initiativ (Deci & Ryan, 2002). I praksis vil det å være autonomistøttende innebære at individets perspektiv tas til etterretning (Williams et al., 2004). Dette vil si at en støtter og erkjenner vedkommende sine følelser og holdninger, samt fremmer deres egne valg (Deci, Eghrari, Patrick, & Leone, 1994). En følelse av autonomi kan også beskrives som å ha medansvar for egne handlinger. Autonomi kan forveksles med det å være selvstendig. I forbindelse med BPNT anses ikke det å være selvstendig som synonym til autonomi, og heller ikke som det motsatte av autonomi, men som et nærliggende fenomen (Williams, 2002). Williams (2002) understreker at pasienter i behandling ofte ønsker råd fra fagpersoner og sjeldent ønsker å handle helt på egenhånd. Å tilfredsstille behovet for autonomi betyr med andre ord ikke at en skal overlate pasientene helt til seg selv. Williams (2002) fant også at opplevelse av en trygg og støttende relasjon til fagpersonen var viktig for at pasienten skulle oppleve muligheten for autonomi. Generelt er det å ha en person i det sosiale miljøet som tilrettelegger for å tilfredsstille behovet for autonomi, og de to andre behovene, en av de mest avgjørende faktorene for å oppnå tilfredstilleggelse og velvære (Deci et al., 1994; Deci & Ryan, 2008; Gagné & Deci, 2005).

"(...) feeling connected to others, to caring for other individuals and being cared for by others, to having a sense of belongingness both with other individuals and the community"

(Ryan & Deci, 2007, p. 7).

Behovet for tilhørighet beskrives i sitatet over. Det vises til et behov for å være i relasjon med andre, bli akseptert og å være i en trygg enhet med andre (2002). Enkelt sagt handler tilhørighet å ha gode, trygge relasjoner til medmennesker en samhandler med og føle at en er del av en helhet med andre.

En følelse av kompetanse viser til mestring av samhandling den enkelte har med det sosiale miljøet vedkommende er en del av. Dette behovet leder individer til å søke utfordringer som er optimale i henhold til de ferdighetene de har, og utvikle disse ferdighetene gjennom aktiviteter (Deci & Ryan, 2002). Her ønsker en å oppnå en god

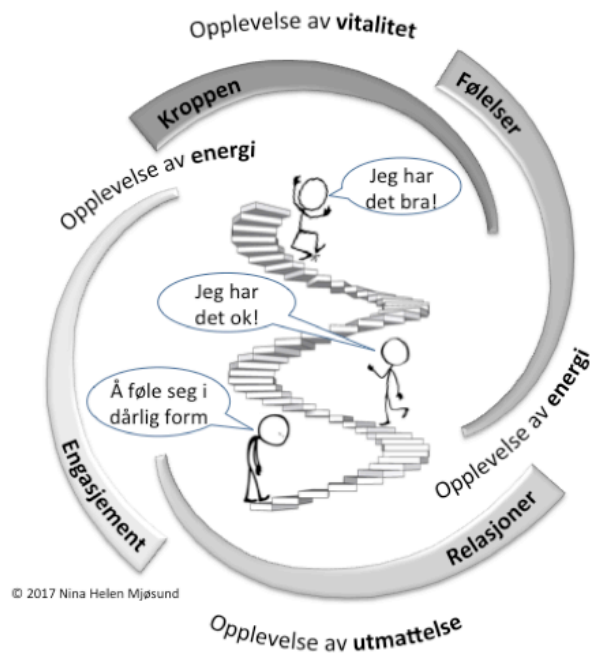
balanse mellom utfordringer fra miljøet og ferdigheter hos den enkelte. Kompetanse er altså ikke en ferdighet i seg selv, men en følelse av selvtillit i aktiviteten.

Det foreligger en hypotese om at de tre overnevnte behovene er universelle uavhengig av alder, kjønn og kulturer (Deci & Ryan, 2002). Det er allikevel viktig å merke seg at optimal tilrettelegging for tilfredstillende av behovene kan variere i stor grad mellom ulike grupper (Deci & Ryan, 2002). I et ekstremt tilfelle vil et sosialt miljø som er tilfredsstillende for en gruppe, og fremme velvære, kunne være hemmende hos en annen gruppe. Variabler som alder, kjønn og kultur vil med dette kunne være avgjørende for hvordan et optimalt sosialt miljø vil se ut i praksis, men de grunnleggende behovene vil være de samme for alle grupper.

BPNT viser til at tilfredstillende av de basale psykologiske behovene fører til velvære. Empiri om BPNT som undersøker velvære har ofte blitt studert med to litt ulike tilnærminger. Den ene retningen ser på velvære som en form for lykke (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999). Den andre retningen av forståelse av velvære har en eudaimonisk tilnærming, som ser på forhold rundt å være velfungerende og ha god psykisk helse (Ryan & Frederick, 1997). En eudaimonisk tilnærming, og empiri i denne retningen, vil vektlegges videre i foreliggende oppgave, da jeg ønsker å undersøke aspekter ved deltageres psykiske helse.

2.2 Psykisk helse

World Health Organisation (WHO) kom i 1947 med en holistisk definisjon av helse, som innebærer at helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom og fysisk svekkelse (W. H. O. WHO, 1947). Mer spesifikt er psykisk helse definert som en tilstand av velvære hvor individet innser hans eller hennes egne evner, takler normalt stress, arbeider produktivt og fruktbart og er kapabel til å bidra til hans eller hennes samfunn (Herman et al., 2005). Keyes (2002) foreslår at psykisk helse ikke er fravær av psykisk sykdom, men heller tilstedeværelse av tilstrekkelig velvære. Dette betyr at tilstedeværelse av psykisk sykdom ikke nødvendigvis betyr fravær av god psykisk helse (Keyes, 2014; Keyes & Anderson, 2007; Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010; Westerhof & Keyes, 2010), noe som også bekreftes av norske pasienter med alvorlig psykisk lidelse (Mjøsund, 2015).



Figur 1 Opplevd psykiske helse (Mjøsund, 2017). Figuren illustrerer fire domener av opplevd psykisk helse. Disse fire utgjør sammen en opplevelse av energinivå, og beskrives som å bevege seg opp og ned i en trapp. Figuren er gjengitt med tillatelse.

Mjøsund et al. (2015) har undersøkt hvordan personer tidligere innlagt i psykisk helsevern opplevde psykisk helse. Deltagerne beskrev psykisk helse som en dynamisk prosess med et holistisk bakteppe. Psykisk helse ble opplevd som å bevege seg opp eller ned en trapp. Sammenfallende med en plassering i trappen var en gjensidig påvirket opplevelse av energi. En opplevelse av å være høyt oppe i trappen var ledsaget av vitalitet og energi, mens å være langt nede i trappa var sammenfallende med en opplevelse av utmattelse og energiløshet. Plasseringen i trappen var påvirkelig av flere ulike forhold (se figur 1). Disse faktorene ble forbundet med opplevelser knyttet til følelser, kroppen, relasjoner og engasjement (Mjøsund et al., 2015). Deltakerne i denne studien ga uttrykk for betydningen av å være i bevegelse, ha krefter og en kropp som fungerer fysisk, for opplevelse av psykisk helse. Det å delta i meningsfulle aktiviteter opplevdes som viktig for disse deltagerne (Mjøsund et al., 2015).

Svedberg, Jormfeldt, Fridlund, and Arvidsson (2004) gjorde en kvalitativ studie av psykiatriske pasienters opplevelse av konseptet ”positiv psykisk helse”. De fant et gjennomgående behov for autonomi, deltagelse i meningsfulle aktiviteter og et tilfredsstillende sosialt liv. Under deres begrep ”autonomi” kommer både behov for medbestemmelse, evnen til å mestre oppgaver og muligheten til å være i aktivitet frem

som underpunkter. Pasientene i sistnevnte studie ga uttrykk for at de følte seg hindret eller lammet av sykdommen sin, og at frihet til å handle etter eget ønske til tross for sykdommens tilstedeværelse var viktig for deres psykiske helse. ”Meningsfulle aktiviteter” var kjennetegnet ved trivsel i nåværende situasjon og samtidig ha et mål for fremtiden. Under ”tilfredsstillende sosialt liv” kommer det frem at de ønsket å bli sett og anerkjent gjennom dialog og samvær med andre mennesker.

2.3 Forskningsbehov

Gjennom litteratursøket som ble gjort i forbindelse med dette studiet har det ikke kommet frem verken kvalitative eller kvantitative studier som spesifiserer at de har undersøkt hvordan personer med psykose opplever FA gjennomført ved akuttpsykiatrisk seksjon. Samtlige studier funnet i litteratursøket har videre har hatt varighet på fire uker eller mer. Det ser ut til at lite forskning er viet til erfaring med FA over en kortere tidsperiode på under fire uker. Forskning som er presentert tidligere i denne oppgaven har konkludert med at SDT, med vekt på BPNT, er gunstige teorier å ta i bruk i forbindelse med FA for vedvarende deltagelse og oppnåelse av økt velvære hos mennesker med APL. Følgende problemstilling har tatt form.

2.4 Problemstilling

1) Er det mulig å gjennomføre et tilbud om fysisk aktivitet (tilrettelagt ut fra Basic Psychological Needs Theory, en miniteori under Self-Determination theory) for personer med psykose på en lukket akuttpsykiatrisk avdeling?

2) Hvilke erfaringer deler deltagerne fra aktivitetstilbudet?

3) Kan Deci og Ryan (2002) sin Basic Psychological Needs Theory og Mjøsund et al. (2015) sin modell av opplevelse av psykisk helse bidra til å forstå og forklare deltagerne erfaringer?

3. Metode

For å besvare forskningsspørsmålene ble en et aktivitetstilbud planlagt og en studie designet. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for metodologiske tilnærminger som ble anvendt.

3.1 Design

Hensikten med studiet var å undersøke om et aktivitetstilbud lot seg gjennomføre på en akuttpsykiatrisk avdeling med personer som opplever psykose og hvordan disse pasientene opplevde å være deltakende i fysisk aktivitet mens de var innlagt. . Spørsmålet ble besvart ved å kartlegge om pasienter benyttet seg av aktivitetstilbudet, samt deres erfaring med deltakelse i fysisk aktivitet.

For å undersøke pasientenes opplevelser ble en kvalitativ studie designet. Pasientenes erfaringer har blitt hentet inn gjennom dybdeintervjuer (vedlegg 1). Korte aktivitetsnotater (vedlegg 2) ble fylt ut etter hver økt, og ble brukt som utgangspunkt for intervjuet. Bakgrunnsinformasjon ble samlet gjennom et bakgrunnsskjema (vedlegg 3). Hensikten med å supplere intervjuet med bakgrunnsskjema og aktivitetsnotater var å få et bedre grunnlag og utgangspunkt for både tilrettelegging av aktivitet og et mer dyptgående intervju. Dybdeintervjuene, aktivitetsnotater og bakgrunnsskjema blir omtalt nærmere senere i kapitlet. Tematisk analyse ble benyttet for å komme frem til gjennomgående temaer på tvers av deltagerne. Tematisk analyse brukes om et spekter av analyseformer med ulike kjennetegn og vil derfor spesifiseres mer detaljert under. En kombinasjon av fenomenologisk og hermeneutisk tolkningsform er brukt for å undersøke erfaringene. Valg av metode springer ut ifra den vitenskapelige forankringen jeg har tatt utgangspunkt i.

3.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Som nevnt tidligere, tar foreliggende studie utgangspunkt i et relasjonelt perspektiv på psykiske lidelser og psykose. Relasjonsmodellen er basert på systemteori, som først ble utviklet for å forstå regulering og kontroll av avanserte maskiner og andre kompliserte systemer. Senere har dette blitt tatt i bruk også i andre fagfelt som sykepleie og familieteori (Jensen, 2012). I systemteorien søker en forståelse av helheten som basis for innsikt og intervensjon (Hummelvoll, 2012). Et hvert fenomen er fortolket på

bakgrunn av ens forståelse (Wind, 1976). Det er med andre ord vår fortolkning av et fenomen som utgjør vår forståelse.

Når vi ønsker å forstå et system må vi definere konteksten systemet er i og hvilke relasjoner det har for å angi rammen for det vi ønsker å forstå. Konteksten kan avgrenses til det vi ønsker å observere rundt systemet, et observasjonsfelt. Watzlawick (1967) understreker at for å forklare et fenomen (for eksempel psykose), må en ha et tilstrekkelig observasjonsfelt hvor en har mulighet til å se sammenhengen fenomenet er en del av. Et individ kan være eksempel på et observasjonsfelt, men en risikerer at enkelte forklaringer på fenomener kan bli uklare eller spekulative. Et individ kan også være avgrensning for et system, men det kan være gunstig å utvide observasjonsfeltet for å få en bedre forståelse av systemet eller fenomen innenfor dette systemet (Hummelvoll, 2012). Relasjoner systemet har tilknytning til må også avgrenses når en skal forstå et fenomen. Samspill og interaksjon systemet har med disse relasjonene er utgangspunkt for forståelsen av systemet (Hummelvoll, 2012). Med bakgrunn i relasjonsmodellen og systemteorien tar en avstand fra tanken en lineær årsakssammenheng, og ser heller på årsakssammenhenger som sirkulære prosesser (Hummelvoll, 2012). I denne studien utgjorde deltagerne systemer jeg ønsker å vite mer om, mer spesifikt deres opplevelser fra deltakelse i FA. Relasjonen var avgrenset til meg som aktivitetsveileder, og konteksten var tid og sted da de utførte FA. Disse to avgrensningene utgjorde til sammen observasjonsfeltet for denne studien. En relasjonell tilnærming ble ansett som fruktbar, da jeg ønsket å undersøke elementer i det sosiale miljøet rundt deltagerne, nærmere bestemt en aktivitetsveileders sosiale rolle, i forbindelse med FA.

Med bakgrunn i ønske om forståelse for de sirkulære prosessene, og ikke årsak-virkning, ble en kvalitativ tilnærming valgt for å undersøke deltagerens opplevelse. Opplevelse sier noe om hvordan et menneske oppfatter, beskriver, føler om, dømmer, husker, gir mening til og snakker om et fenomen til andre (Patton, 2002). Gjennom kvalitativ forskning samler en data om individets virkelighet, som videre kan gi forskningsbaserte forklaringer (Kvale, 1997). Kvalitativ forskning er en samlebetegnelse som kan romme flere tilnæringsformer, hvorav fenomenologi er en. Fenomenologi fokuserer på essensen av et fenomen og tar utgangspunkt i at virkelighetsoppfatning kan variere og er subjektiv (Thomas, Silverman, & Nelson, 2015). Da denne retningen av kvalitativ forskning har som mål å beskrive, forstå og gi

mening til fenomener (Olsson & Sørensen, 2003; Thomas et al., 2015), anses den å være en velegnet tilnærming for dette prosjektet. Det er her brukt en kombinasjon av fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming.

Gall, Borg og Gall (1996) deler kvalitativ forskning inn i tre hoved-sjangere: (1) kultur og samfunn, (2) individuell levd erfaring og (3) språk og kommunikasjon. Dette prosjektet faller inn under individuell levd erfaring, da vi er ute etter å undersøke hva hvert enkelt individ opplever. Jeg ser dog også på felles mønstre i hele datasettet på tvers av individer, og undersøker sosiale kontekster, som gjør at studien også heller litt mot kommunikasjon.

Innenfor kvalitativ forskning er dybdeintervjuer ofte ansett å være den mest hensiktsmessige formen for datainnsamlingsmetode, som i sin helhet skal fange deltagerens opplevelse med deres egne ord (Marshall & Rossman, 2014). Intervju er et av de mest brukte verktøyene innenfor kvalitativ forskning, og gir en unik mulighet til innsikt i deltagerens erfaringer og refleksjoner (Thagaard, 2009). I denne studien ønsket jeg spesielt å se på deltagerens erfaringer og opplevelser. Opplevelse sier noe om hvordan informantene oppfatter, beskriver, føler om, dømmer, husker, gir mening til og snakker om et fenomen med andre (Patton, 2002). Opplevelse er i denne oppgaven antatt å være et fenomen som oppstår avgrensede tidsperioder. Erfaring er informasjon et individ tilegner seg gjennom sansing og handling. Det kan også beskrives som oppfattelsen av hendelser i et individs eget sinn (Locke, 1824). Erfaring er her definert som et fenomen som oppstår over tid og en form for refleksjon rundt tidligere opplevelser. Dybdeintervjuer ble på bakgrunn av ønsket om å undersøke erfaring og opplevelse vurdert til å være den mest gunstige metoden for denne studien.

3.3 Utvalg

Prosjektet ble gjennomført ved en akuttpsykiatrisk avdeling for psykose og rus i Norge. Enheten tar også imot andre akutte og alvorlige psykiske tilstander som selvmordsfare, mani og selvskading. Godkjenning for datainnsamling fra Vestre Viken sitt eget personvernombud ga meg mulighet til å rekruttere deltagere fra to akuttposter jeg selv ikke jobber ved. Jeg deltok på avdelingenes morgenmøter og diskuterte aktuelle deltagere med behandlere ved avdelingen. Etter muntlig avklaring med behandlere og miljøpersonell henvendte jeg meg til syv aktuelle pasienter, og hvor seks takket ja til

deltagelse. Den syvende deltageren ønsket ikke å delta da han ikke følte seg i form til å være i fysisk aktivitet. En deltager var mellom 18-30år, to deltagere var i alderen 31-40år og tre deltagere var 41-50år. En deltager deltok på flere aktivitetsøkter, men ble utskrevet før intervjuet lot seg gjennomføre. Fire av fem deltagere var kvinner, og det var variasjoner i etnisk bakgrunn i gruppen. Inklusjonskriterier, eksklusjonskriterier, mål for datainnsamling og minimum innsamling for inklusjon i analyse er vist i tabellen under.

Tabell 1 Oversikt over studiens inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasient ved sykehusets akuttpsykiatriske post grunnet psykose.	Planlagt utskrivelse som hinder tilstrekkelige data
Vurdert som samtykkekompetent av psykiater eller psykologspesialist	Fysiske eller mentale forutsetninger som hindrer, eller forverres ved, deltagelse i fysisk aktivitet (vurderes av behandler)
Godkjent deltagelse av behandler	Utskrivelse før oppnåelse av 2 økter
Underskrevet frivillig samtykke	Ruspåvirket
I stand til å gjøre seg godt forstått på norsk eller engelsk	Aggressiv eller ukritisk adferd som ikke kan håndteres av en person
Over 60 min totalt i aktivitet	
Varighet på 10 min eller mer per økt	
Minimum 2 økter i aktivitet	

3.4 *Min biografi*

Jeg var selv aktiv under prosjektets gjennomføring. Jeg utførte alle steg i forskningsprosessen på egenhånd, men under veiledning. Innsyn i min bakgrunn er nyttig, da forskeren i kvalitativ forskning er et avgjørende instrument for både datainnsamling og analyse (Patton, 1990). Min bakgrunn og utgangspunkt vil kunne være av betydning for studiet. Jeg, som utfører datainnsamlingen og analysen, er en etnisk norsk kvinne i slutten av 20-årene som studerer idrettsmedisin på masternivå. Jeg har selv drevet med aktivitet hele livet og har en iboende tro på at FA i rett form vil kunne bedre livskvaliteten hos alle mennesker, uansett forutsetning. Gjennom tidligere jobber har jeg sett idretts glede og engasjement hos mennesker knyttet til FA, både for barn, voksne og funksjonshemmede. Selv har jeg opplevd glede gjennom bevegelse, både organisert og uorganisert aktivitet. Gjennom mine studier har jeg tilegnet meg en akademisk og praktisk forståelse av FA i ulike omgivelser og med forskjellige

målgrupper. Generell kunnskap om FA og motivasjon gir meg er utgangspunkt for å tilrettelegge aktivitetene på en hensiktsmessig måte.

Etter flere år som deltidsansatt ved en psykiatrisk akuttavdeling hadde jeg en opplevelse av at mange pasienter hadde et ønske om å være mer aktive enn det de har mulighet til. Ønskene for type aktivitet har variert og er ofte forankret i tidligere erfaringer, men veldig mange er bare opptatt av noe så enkelt som å få gått en tur. Akuttavdelinger har regler for hvor mange personalet som skal oppholde seg inne på avdelingen til en hver tid. Samtlige pasienter skal ses til med korte tidsintervaller, og noen må kontinuerlig observeres. I perioder med stor pågang av pasienter er det ikke alltid tilstrekkelig med personale til å gå ut av avdelingen for tur eller annen aktivitet. Min egen erfaring fra akuttseksjonen er at helsepersonell er nødt til å nedprioritere aktivitet med pasientene av rent sikkerhetsmessige årsaker. Når det kommer til initiativ til aktivitet med pasienter, opplever jeg at det er forskjell på miljøpersonalet interesse og engasjement for FA. Noen har egen interesse for trening og er opptatt av at pasientene bør å beveget seg, mens andre mangler dette engasjementet og har nødvendigvis ikke så mye erfaring med aktivitet.

Kort oppsummert har jeg hatt en opplevelse av at det lave aktivitetsnivået er et resultat av både en kultur blant helsepersonell og hvordan avdelingen til en hver tid er bemannet. Mine personlige erfaringer fra avdelingen var utgangspunktet for prosjektideen som ligger til grunn for denne studien. Ide om en ressursperson som kunne ha aktivitet som førsteprioritet og har idrettsfaglig kompetanse, har vokst ut av refleksjoner rundt egne erfaringer. Min tro på FA som bidragsyter til en bedre opplevelse for pasienten påvirker studien, min innhenting av data og min analyse og er derfor viktig å få frem og vedkjenne. Mitt forhold til FA kan gjøre at jeg har ønsket å finne funn som støtter FA sin posisjon, og kanskje ubevisst har oversett funn som kan tale i mot bruk av FA i denne gruppen.

3.5 I forkant av datainnsamling

3.5.1 Godkjennelse av studien

I forkant av Prosjektet ble godkjent av personvernombudet i Vestre Viken (vedlegg 4). Min ansettelse i Vestre Viken innebærer taushetsplikt og tilgang til å arbeide med samtlige grupper på sykehuset jeg jobber for.

3.5.2 Kurs om motivasjon og FA

Før datainnsamlingsperioden deltok jeg på et opplæringskurs i regi av et annet prosjekt ved Norges Idrettshøgskole, FAFOLK-prosjektet, som også hadde utgangspunkt i mennesker med APL og FA. Her ble det forelest om tilrettelegging av motivasjonsstøttende FA for personer med psykiske lidelser i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) eller innen psykisk helsearbeid (kommunehelsetjenesten). Kurset inneholdt praktiske og teoretiske aspekter rundt ulike motivasjonsteorier, FA og mennesker med APL.

3.5.3 Brukermedvirkning

Informert samtykke, bakgrunnskjema og aktivitetsnotater ble lest igjennom av to pasienter ved en tilsvarende seksjon som studien ble utført på. Disse pasientene kom med innspill og tilbakemeldinger som jeg tok med seg i videre utforming av disse. Brukermedvirkning er ønsket av flere grunner, eksempelvis etiske, ideologiske og metoderelaterte grunner (Bryant et al., 2012; Ives, Damery, & Redwod, 2013). Medvirkningen styrket min metode, da jeg kvalitetssikret at formuleringene i dokumentene var forståelige. Jeg forhørte meg også med pasientene om noe av innholdet opplevdes støtende eller ubekvent å besvare. Brukermedvirkning kan klassifiseres i ulike nivåer av medvirkning: konsultasjon, bidrag, samarbeid og kontroll (Sweeney & Morgan, 2009). Brukermedvirkningen i denne studien har blitt vurdert til konsultasjonsnivå, da pasientene kun kom med råd og noen enkle forslag til endringer.

3.5.4 Pilotintervjuer

To pilotintervjuer ble gjennomført i forkant av datainnsamlingsperioden. Kvale og Brinkmann (2010) hevder at pilotintervjuer kan være nyttige, da forskeren opparbeider seg erfaring fra intervjusituasjonen og får kjennskap til potensielle utfordringer. En av erfaringene jeg gjorde meg var at samtalen fort kunne gli bort fra temaet. Og jeg opplevde at det kunne forstyrre relasjonen til deltageren ved å avbryte når de fortalte om noe som ikke var av relevans. Å virke interessert og gi respons på utenomsnakk opplevdes som en mulighet for å styrke relasjonen og tilliten i samtalen, til tross for at det ikke var direkte knyttet mot forskningsspørsmålet. Et tillitsforhold er essensielt for å nå inn til deltagerens innerste tanker og følelser for et mest mulig reelt bilde av opplevelsen (Kvale & Brinkmann, 2010). Som tidligere nevnt, er det å sette seg inn i

den enkeltes situasjon spesielt viktig når en jobber med mennesker med psykose, da opplevelsen av lidelsen varierer fra individ til individ (Hummelvoll, 2012).

3.5.5 Rekruttering

Jeg deltok på morgenmøter hvor det ble gitt rapport og lagt planer for avdelingens pasienter. Både lege- og psykologspesialister, og sykepleiere, deltok i diskusjonen om hvilke pasienter som kunne være aktuelle for prosjektet. Spesialister viser i denne sammenheng til leger med fordypning i psykiatri (psykiatere) og psykologer med fordypning i voksenpsykiatri (psykologspesialist) som jobbet som behandlere på de aktuelle avdelingene. Den vanligste årsaken til at pasienter ikke ble inkludert i studien var planer om utskrivelse innen kort tid. Noen ble ekskludert som kandidater for studien grunnet mangel på samtykkekompetanse, ukritisk adferd i avdelingen eller mulig ruspåvirkning. Jeg fikk muntlig forhåndsgodkjenning til å henvende seg til pasientene av behandler. Videre henvendte jeg meg direkte til de aktuelle pasientene, enten gjennom samtale på deres rom eller da de satt alene i fellesområdene.

3.5.6 Informert samtykke

Ved interesse ble et informert samtykke (vedlegg 5) gjennomgått og forklart, og deretter undertegnet av deltageren. Deltageren ble skriftlig erklært samtykkekompetent av spesialist ved avdelingen etter å ha undertegnet informert samtykke. Informert samtykke skulle sikre at deltagerne forstod hva prosjektet innebar. Denne informasjonen vedrørte hvilke krav som stilles til deltageren under prosjektet, hvilke opplysninger som ville komme frem i datafremstillingen og hvordan deres personlige informasjon ble holdt konfidensiell. Det ble også eksplisitt informert om at deltagelse i prosjektet var frivillig og at deltagerne kunne trekke seg uten å oppgi årsak, helt frem til data ble anonymiserte.

3.5.7 Bakgrunnsskjema

Bakgrunnsskjemaet (Vedlegg 3) hadde til hensikt å innhente demografiske opplysninger fra deltagerne. Gjennom dialog med deltageren ble skjemaet fylt ut av meg, som regel like før første økt eller i forbindelse med signering av informert samtykke.

Bakgrunnsskjemaet hadde til hensikt å gi utvidet forståelse av deltagerens situasjon, og hente inn generell informasjon som alder, tidligere erfaring med FA og bruk av medisiner. Opplysningene som kom frem i bakgrunnsskjemaet, og samtalen som

utspilte seg i forbindelse med utfylling av skjemaet, ga meg innspill som var nyttige for å tilpasse aktivitetstilbudet individuelt til hver av deltagerne. Det var planlagt å spørre om deltageres eventuelle diagnoser utover psykose i forbindelse med bakgrunnskjemaet. Etter informasjon fra behandlere om manglende sykdomsinnsikt hos flere av deltagerne, unnlot jeg prat om diagnoser for å sikre en mer nøytral rolle og et tryggere utgangspunkt for en god relasjon. Bakgrunnskjemaet var en del av forberedelsesprosessen før jeg startet med aktivitet og innhenting av data.

3.6 Aktivitetstilbudet

3.6.1 Aktivitetens art

Varighet og hyppighet

Øktene skulle ha en minimumsvarighet på 10 minutter. For å bli inkludert i studiet var det et krav om at deltageren skulle ha deltatt i FA i minimum 60 minutter totalt i løpet av perioden. Jeg skulle planlegge og gjennomføre øktene med deltagere fortløpende gjennom perioden. Tidtaking ville bli startet i det deltageren fysisk begynte å bevege seg i forbindelse med aktivitetsøkten, hvor pauser på over 5 minutter skulle trukkes fra den totale tiden. Deltagerne skulle gjennomføre inntil syv økter hver.

World Health Organization (2010) anbefaler voksne mellom 18 og 64 år å være aktive på moderat intensitetsnivå i 150 minutter per uke, med minimumsbolker på 10 minutter. Disse standardene er ment å sikre tilfredsstillende aktivitetsnivå, først og fremst for fysiologiske effekter. Da det mangler klare og veldokumenterte retningslinjer for hvor mye aktivitet som kreves for økt psykisk velvære (Ellis et al., 2007), ble WHO's retningslinjer for tid i aktivitet brukt som et utgangspunkt for ønsket total varighet i aktivitet. Det ble på bakgrunn av dette planlagt å jobbe for å oppnå 150 minutter med aktivitet for samtlige pasienter innenfor en tidsramme på en uke. Dette skulle ikke begrense aktivitetsperioden til en uke, men hadde til hensikt å være et mål for hvor mye tid de skulle tilbringe i aktivitet i løpet av en uke. Forsøk på å oppnå syv økter totalt skulle i større grad være avgjørende for lengde på aktivitetsperioden til den enkelte. Syv økter ble satt som et ønsket mål på bakgrunn av tall på gjennomsnittlig innleggelsestid ved tilsvarende avdelinger. Som tidligere nevnt, er gjennomsnittlig innleggelsestid på akuttavdelinger 7,4 dager (SD=11,2), for alle typer pasienter samlet (Ruud et al., 2006). Et relativt stort standardavvik, 11,2 dager, kan antyde store variasjoner i innleggelsestid. På bakgrunn av de store variasjonene ble det ansett som fruktbart å ha fleksible rammer

for antall økter. For at deltagerne skulle rekke å gjøre seg noen erfaringer og kunne ha en mening om sin opplevelse, samt mulighet for å fange opp eventuelle ulikheter i dagsform, anså jeg det nødvendig å sette noen minimumsstandarder for tid i aktivitet. Et minimum på 60 minutter totalt, og 10 minutter per økt, og 2 aktivitetsøkter ble satt for å sikre en viss tid i aktivitet.

Intensitet

Dette studiet hadde ikke til hensikt å måle eller oppnå fysisk effekt, og det settes ikke klare mål for intensitetsnivå, utover økt aktivitetsnivå fra hvile. Valgfri intensitet ble praktisert på bakgrunn av prinsippet om autonomi.

3.6.2 Motivasjonsstøttende aktivitet

Det er godt dokumentert at behandlingsspersonell opplever at personer med APL mangler motivasjon for FA (Fraser et al., 2015; Happell et al., 2012; Soundy et al., 2014b). Nyere studier har vist at mange er motivert for FA, men motivasjonens kvalitet ikke er god nok til å omsettes i handling (Farholm, Halvari, Sørensen, & Hynnekleiv, 2017). Borge, Martinsen, Moe, and Berntsen (2011) påpeker at helsepersonell som skal tilrettelegge for FA, burde ha faglig kunnskap om, og positiv holdning til, fysisk aktivitet, samt kjennskap til ulike motivasjonsstrategier. På bakgrunn av denne dokumentasjonen, ønsket jeg at aktivitetstilbudet skulle inspireres av motivasjonsteorien SDT, nærmere bestemt miniteorien BPNT, for å fremme motivasjon for FA av god kvalitet hos deltagerne. Aktivitetstilbudet skulle derfor forsøke å tilfredsstille de tre psykologiske behovene: (1) autonomi (følelse av eierskap av handling og valg), (2) kompetanse (suksess i optimale utfordringer og å oppnå ønsket resultat), og (3) tilhørighet/relasjonsbygging (etablering av gjensidig respekt og tillit) (Ryan & Deci, 2002; Deci & Ryan, 2000). Gjennom enkle spørsmål i aktivitetsnotatene, ønsket jeg å få en indikasjon på om jeg lyktes i å skape et sosialt miljø i forbindelse med aktiviteten som tilfredstilte behovene.

Behov for autonomi

I praksis ble behovet for autonomi støttet gjennom tilretteleggelse på bakgrunn av deltagerens ønsker og at deltageren var delaktig i bestemmelser rundt aktiviteten. Deltageren kunne eksempelvis være med på å bestemme lokalisasjon, varighet, tidspunkt og type aktivitet.

Behov for kompetanse

For å tilfredsstille deltarens behov for kompetanse var jeg oppmerksom på personens sitt mestringsnivå underveis i aktiviteten, og hjalp til å justere vanskelighetsgraden ut ifra hvor godt pasienten mestret oppgaven. Vanskelighetsgraden kunne eksempelvis justeres på bakgrunn av teknisk utførelse eller intensitet. God tilpasning ble enkelt sikret ved å stille oppfølgingsspørsmål underveis i aktiviteten og ved hjelp av aktivitetsnotatene. Om pasienten opplevde mestring av miljøet og de utfordringene aktiviteten tilbød, ville vedkommende i følge SDT bli mer motivert for nye utfordringer for å fortsette å stimulere dette behovet (Ryan & Deci, 2000).

Behov for tilhørighet

Jeg forsøkte å oppnå god dialog med deltagerne og sørge for at han eller hun følte seg hørt og sett for den personen han eller hun er. Dette innebar blant annet at jeg bevisst la til rette for å bygge en god og gjensidig relasjon til deltagerne, viste empati for deres situasjon og utfordringer. Jeg forsøkte også å få kjennskap til deres tidligere erfaringer med bevegelse og aktiviteter, og hvilke preferanser de hadde for FA.

3.6.3 Form for aktivitet

Deltagerne ble oppfordret til selv å komme med ønsker om form for aktivitet. Jeg hadde en egen aktivitetsbank (Vedlegg 6) som deltagerne kunne hente inspirasjon fra. Dette gjaldt både de som ikke kom på noe de hadde lyst til å gjøre, og de som ønsket å prøve en ny aktivitet. Aktivitetsbanken var ment som en hjelp for å gi deltageren ideer, da jeg har observert at flere av pasientene ved avdelingen har hatt lite erfaring med FA fra tidligere. I praksis ble denne aktivitetsbanken mer et hjelpemiddel for meg om det var noen av pasientene som ikke hadde egne ideer. Stort sett hadde pasientene preferanser på aktivitet, men noen var også åpne for å prøve noe nytt. Jeg brukte Aktivitetshåndboken (Bahr, 2009) som et hjelpemiddel for å oppfordre til gunstig aktivitet i forhold eventuelle somatiske lidelser.

3.7 Datainnsamlingsprosessen

3.7.1 Aktivitetsnotater

Aktivitetsnotatene (vedlegg 2) ble fylt ut rett etter aktiviteten var avsluttet, i etterkant av endt økt. De hadde til hensikt å være et mulig utgangspunkt for samtaleinnhold i intervjuet. Aktivitetsnotatene var et enkelt avkryssingsskjema på under en side hvor deltageren rangerte opplevelse ut ifra tre svaralternativer. Spørsmålene handlet om humør, energinivå, å bestemme selv, grad av mestring og ønske om å utføre aktiviteten med eller uten følge av meg. Deltagerne hadde også mulighet til å komme med en kort kommentar til økten. Aktivitetsnotatet inneholdt også enkle utfyllingsbokser om varighet, type aktivitet og hvilket nummer i rekken økten var. Tid i aktivitet for hver økt ble registrert med et elektronisk hjelpemiddel (stoppeklokke, mobiltelefon eller lignende). Jeg leste spørsmålene høyt og noterte pasientens svar, hvor jeg forsikret meg om at spørsmålene var forstått. I tillegg ble tid i aktivitet og form for aktivitet fylt ut av meg. Da nedsatt kognitiv funksjon ofte forekommer hos pasienter med psykose var det viktig å sikre deres forståelse gjennom svært tydelig kommunikasjon. Notatet gjorde det enklere for både deltageren og meg å huske tilbake på de gjennomførte aktivitetsøktene. Dette kunne eksempelvis være hvilke former for aktivitet de ulike øktene inneholdt. Aktivitetsnotatene ga meg i tillegg en indikasjon underveis i aktivitetsperioden på hvor vidt jeg lyktes med å legge til rette for opplevelse av autonomi, kompetanse og tilhørighet, da noen av spørsmålene var rettet mot disse forholdene.

3.7.2 Dybdeintervjuer

Tidspunkt for intervju ble avtalt muntlig mellom deltageren og meg. Jeg etterstrebet å få gjennomført intervjuet samme dag eller i dagene like etter endt aktivitetsperiode. Tilstede under intervjuet var kun deltager og meg selv. Båndopptakeren ble startet da jeg informerte om hvordan intervjuet ville bli gjennomført. I intervjuguiden hadde jeg overordnede temaer jeg ønsket å snakke om, men prøvde i stor grad å la deltageren styre samtalen. I noen tilfeller brukte jeg også aktivitetsnotatene for å komme inn på relevante samtaleemner. Aktivitetsnotatene hjalp oss å huske hendelser eller uttalelser jeg hadde funnet interessante underveis i aktivitetsperioden. Jeg tok også tak i tilfeller hvor svarene i aktivitetsnotatet varierte fra økt til økt. Min ivaretagelse av flere roller opplevdes som en stor fordel i intervjusituasjonen. Konkrete eksempler fra aktiviteten var enkle å forstå og informasjon jeg hadde fra morgenmøtene ga en helhetlig forståelse av deltagerens situasjon som igjen la et godt grunnlag for intervjuet.

Dybdeintervjuer ble gjennomført med utgangspunkt i en emnebasert-intervjuguide (vedlegg 1). Intervjuguidens innhold ble utformet på bakgrunn av BPNT (Deci & Ryan, 2002) og modellen for opplevelse av psykisk helse av Mjøsund et al. (2015). De første temaene hadde til hensikt å kartlegge erfaring rundt behovstilfredsstillelse, og å belyse andre mulige aspekter i henhold til bruk av teorien i praksis. Det var også viktig å få en indikasjon på om deltagerne opplevde tilfredsstillelse av de tre overnevnte behovene, da det kunne ha en innvirkning på opplevelsen av hver økt og den samlede erfaringen fra tilbudet. Jeg ønsket også å få innblikk i opplevelsen deltagerne hadde av egen psykiske helse i forbindelse med aktiviteten. Eksempelvis var spørsmål om opplevelse av energinivå rettet mot å finne erfaringer som i større grad var en konsekvens av å være i FA. Den siste delen av intervjuguiden inneholdt derfor temaer rettet mot de ulike domeneene av opplevelse av psykisk helse som presenteres i Mjøsund et al. (2015): fysiske, følelsesmessige, spirituelle og relasjonelle-aspektene.

3.7.3 Oppbevaring av sensitive data

Alle former for datainnsamlingsmateriale og informerte samtykker ble oppbevart i en safe på et av sykehusets kontorer under datainnsamlingsprosessen, hvor kun jeg hadde tilgang til safen. Kontorene var det bare administrasjonen og jeg som hadde nøkkel til. Alle data ble avidentifiserte og merket med deltagernummer. Transkripsjonene ble anonymisert ved å fjerne deltagernummer, stedsnavn og lignende fra dokumentene før analyse. Å anonymisere data viser til en prosess hvor en fjerner all informasjon som kan avdekke deltagerens identitet og deltagelse i studien.

Det var planlagt å ha en kodeliste som knyttet pasientenes navn til deltagerens deltagernummer, men denne ble aldri utarbeidet da utvalget var lite og oversiktlig. Dette styrket også anonymiteten til deltagerne. Papirversjoner av informerte samtykker (signerte) og skriftlig dokumentasjon på samtykkekompetanse blir nå oppbevart hos forskningsavdelingen i Vestre Viken i en safe etter datainnsamlingen var avsluttet. Båndopptakeren som ble brukt under intervjuene ble også oppbevart i denne safen frem til transkribering ble gjennomført. Opptakene ble lagret elektronisk på Vestre Vikens forskningsserver. Undertegnede hadde redigeringstillatelse i dokumentmappen, og veileder fra Vestre Viken hadde innsyn uten mulighet til å gjøre endringer. Her lå også transkripsjonene med deltagernummer. Lydfilene ble slettet fra båndopptakeren etter analysene ble ferdigstilt. Avidentifiserte og anonymiserte dokumenter og filer vil bli

oppbevart på forskningsserveren og slettes senest 5 år etter prosjektslutt i desember 2017. Alle data som kunne knyttes direkte til deltageren ble ikke tatt med utenfor sykehusområdet og ble kun behandlet av undertegnede i tråd med godkjenning.

3.8 Analysetilnærming

Analysearbeidet ble i størst grad gjennomført i etterkant av datainnsamlingen, men ble også påbegynt underveis i datainnsamlingsperioden. Intervjuene ble transkribert og kodet fortløpende i innsamlingsperioden. Koding viser til å trekke ut essensen av sitater, og blir beskrevet mer utfyllende under. Å lytte grundig til intervjuene og tidlig begynne å forme tentative temaer ga meg erfaring og tanker om hvordan de neste intervjuene kunne forbedres. Dette både i henhold til intervjuteknikk og hvilke temaer jeg ønsket å vite mer om. Jeg opplevde å få mer nyanserte erfaringer ut ifra deltagerne i intervjuene utover i perioden.

3.8.1 Tematisk analyse

“(...) nor is there is one ideal theoretical framework for conducting qualitative research, or indeed one ideal method. What is important is that the theoretical framework and methods match what the researcher wants to know, and that they acknowledge these and recognize them as decisions.”

(Braun & Clarke, 2006, p. 92)

En form for tematisk analyse ble brukt for å bearbeide rådata. Ved bruk av tematisk analyse, er det viktig at det teoretiske grunnlaget den utformes på bakgrunn av gjøres rede for (Braun & Clarke, 2006). Dette har blitt gjort ovenfor, under kapitlet om vitenskapelig forankring. BPNT (Deci & Ryan, 2002) til som også er gjort rede for ovenfor, utgjør en del av det teoretiske grunnlaget for utforming av den praktiske delen av aktivitetstilbudet. Da jeg hadde avklart den teoretiske bakgrunnen for analysen, var det videre en rekke avgjørelser jeg måtte ta stilling til. Med inspirasjon fra Braun and Clarke (2006), vil jeg gjøre rede for de avgjørelsene mener er viktige å ta stilling til under utforming av en tematiske analyse.

Jeg var helt fra begynnelsen av klar på at jeg ønsket å bruke BPNT som teoretisk bakteppet for studien, på bakgrunn av dokumentert anvendbarhet for FA med mennesker med APL (Farholm et al., 2016b). Mjøsund et al. (2015) sin fremstilling av

ulike domener knyttet til psykisk helse har også vært en teoretisk forankring i denne studien. Både BPNT (Deci & Ryan) og Mjøsund et al. (2015) sin modell av opplevelse av psykisk helse har vært med å danne grunnlaget for intervjuguiden og analysen. Dette valget ledet meg i en teoretisk-tematisk retning, og bort fra en ren induktiv tilnærming. En teori-tematisk retning er ofte drevet av forskerens analytiske eller teoribaserte interesse for fagfeltet (Braun & Clarke, 2006). Jeg ønsket til tross for et teoretisk utgangspunkt samtidig å være åpen for andre aspekter ved datasettet som kunne være spesielt interessante eller fremtredende. Med en tilnærming som i stor grad var teoribasert, var det naturlig å vektlegge spesifikke aspekter ved datasettet som var relevant opp mot denne teorien. Dette var mitt andre valg. En motsetning til dette valget ville vært å beskrive hele datasettet mer utfyllende. Når en velger å fokusere på spesifikke aspekter ved datasettet, slik jeg gjorde, burde en videre ta stilling til hvilket nivå temaene skal identifiseres på. Det tredje valget stod mellom semantisk- eller latent nivå for definering av temaer. Med et semantisk utgangspunkt vil temaene defineres på bakgrunn av eksplisitte uttalelser og meninger, hvor jeg som forsker ikke vil prøve å se etter meninger utover det som hadde blitt uttalt i intervjuene (Braun & Clarke, 2006). Jeg valgte å søke ut latente temaer fra datasettet. Latente temaer søker å identifisere underliggende meninger, antagelser og konsepter av det semantiske innholdet i datasettet (Braun & Clarke, 2006). Latente temaer krever at forskeren fortolker, og ikke bare beskriver, datasettet for å utforme temaer. I tråd med mitt utgangspunkt i denne studien, har analyser med en målsetting om et latent nivå for utvikling av temaer i analysen, en tendens til å ta utgangspunkt i det konstruktivistiske paradigme (Burr, 1995). Dette var mitt fjerde valg. Med posisjon i konstruktivismen, blir meninger og opplevelser produsert og reproduisert (Burr, 1995). Med en konstruktivistisk posisjon ønsker en å teoretisere sosialkulturelle kontekster og strukturelle forhold rundt et individ (Braun & Clarke, 2006). Realismen er på den andre siden et paradigme som motstrider konstruktivismen i stor grad. I realismen er det en antagelse om en enveisrelasjon, eller et årsak-virkning-forhold, mellom mening, opplevelser og språk (Potter & Wetherell, 1987). Språket er her det som muliggjør å legge frem mening og opplevelse. Denne studien har dog ikke et realistisk bakteppe. Det siste valget Braun and Clarke (2006) mener en burde ta stilling til, er hva som kjennetegner et tema. Redegjøring av hva som defineres som et tema er beskrevet under ”å lete etter temaer”, som en del av beskrivelsen på hvordan analysen ble gjennomført.

Navnet ”tematisk analyse” brukes om en rekke former for analyser, men med det fellestrekket at de søker ut gjennomgående temaer i datasettet (Attride-Stirling, 2001). Tematisk analyse er et verktøy som er godt egnet for å fremheve likheter og ulikheter, også i større datasett (Braun & Clarke, 2006). Den har også et fleksibelt rammeverk. Dette ble ansett som fruktbart for denne studien, da jeg ønsket frihet til å justere metoden underveis om dette opplevdes hensiktsmessig.

3.8.2 Gjennomføring av analyse

Braun og Clarke (2006) har systematisert noen retningslinjer for tematisk analyse som inspirerte utviklingen av analysen i denne studien. De har utarbeidet følgende steg under analyseprosessen: 1) bli kjent med data, 2) lag koder til råmaterialet 3) let etter temaer blant kodene, 4) se over temaer som har kommet frem, 5) navngi temaene og 6) produser en rapport med utfyllende forklaring. I denne studien valgte jeg å legge inn et ekstra steg etter steg nummer 5, hvor funnene ses opp mot BPNT for sammenligning. Dette steget omtales i denne studien som steg 6. Steg 7 går inn som siste del av prosessen, hvor rapportskrivning blir redegjort for.

Steg 1: Bli kjent med egne data

Den første fasen i Braun og Clarke (2006) sin fremgangsmåte er å bli kjent med sine data. Denne prosessen startet allerede før transkriberingen. For det første gjennomførte jeg selv all aktivitet sammen med pasientene og alle intervjuer. Dette ga en god oversikt over innhold og forståelse av hvordan aktiviteten ble gjennomført. Jeg benyttet en induktiv tilnærming, hvor jeg først lyttet igjennom lydopptakene i sin helhet og skrev ned notater og umiddelbare tanker som dukket opp under gjennomhøringen. Jeg hørte etter utsagn relevante til BPNT (en mer deduktiv tilnærming), men også andre fremtredende temaer. Hensikten var å få nedtegnet min oppfattelse av innholdet og få et inntrykk av hva informanten selv vektla i intervjuet. Smith, Flowers, and Larkin (2009) viser til en lignende ”notatbok”-teknikk, som har til hensikt å la forskeren ta nytte av umiddelbare tanker og å høre intervjuenes innhold med et (relativt) upåvirket perspektiv. Å lytte uanstrengt til opptakene og ha fullt fokus på innholdet var fruktbart for å fange et helhetsinntrykk av innholdet.

Etter gjennomlytting ble lydopptaket transkribert ordrett, med unntak av egennavn. Her ble det også opprettet en kolonne for kommentarer som jeg brukte underveis for tanker

rundt innholdet i transkripsjonene. Se eksempel på notater, transkripsjon og kommentarer i vedlegg 7.

Steg 2: Koding av transkripsjoner

Den andre fasen var å kode intervjuene. Intervjutranskriptene ble lastet inn i analyseverktøyet MAXQUDA. Lengre sitater ble sammenfattet til korte koder. Med koder vises det her til korte setninger som beskriver essensen av innholdet i et sitat. Hensikten med å kode intervjuene var å redusere innholdet ned til mer konkrete og meningsfulle tekstsegmenter (Attride-Stirling, 2001). Underveis i utformingen av koder begynte jeg å sortere kodelisten etter fellestrekk. Eksempelvis ble alle koder som hadde med natur og naturopplevelser å gjøre samlet inn i en mappe. Mappene og navn på disse ble justert etter hvert som nye koder og aspekter ble identifisert. Frittstående koder uten åpenbar tilhørighet til en mappe ble plassert øverst i kodelisten for å ha disse samlet. Hensikten med organisering av listen var i første omgang at den skulle være lett å finne frem i, men det viste seg også at dette ble et utgangspunkt for utforming av temaer.

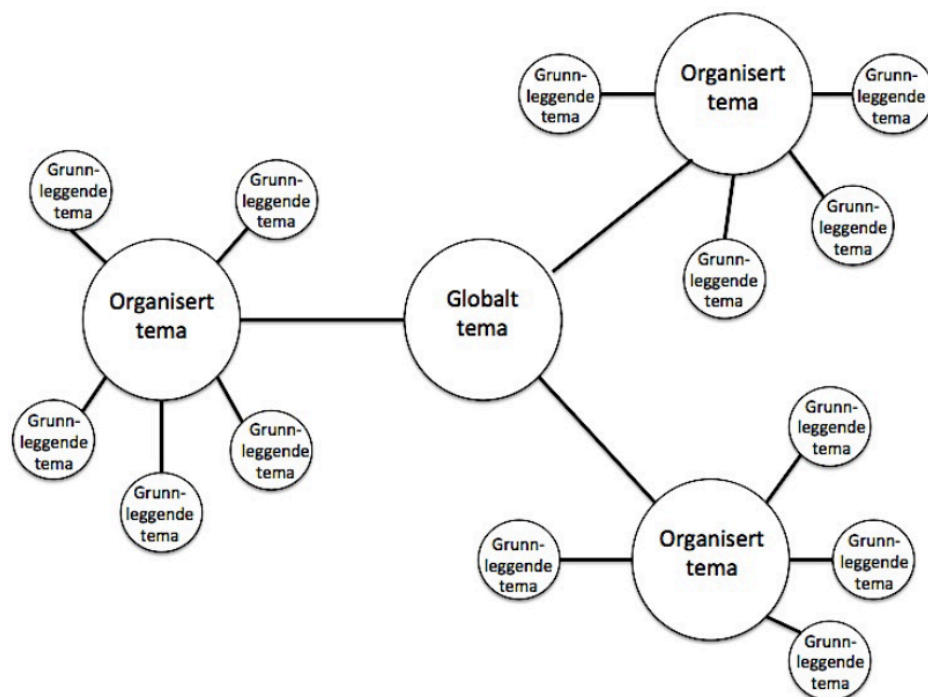
Steg 3: Lete etter temaer

Før jeg begynte å utforme temaer basert på kodene, avklarte jeg hvordan jeg skulle definere et tema. Et tema fanger opp et aspekt av datasettet som er viktig i henhold til problemstillingen, og representerer til en viss grad et mønster av meninger som kommer frem i datasettet (Braun & Clarke, 2006). Med andre ord ble koder og sitater jeg fant relevant, satt opp mot problemstillingene og trukket frem da jeg skulle utforme temaer. Jeg vektla også koder og sitater som beskrev like konsepter gjentatte ganger. Som tidligere nevnt var jeg på utkikk etter latente temaer. Dobbelhermeneutikk er et begrep som beskriver fortolkningsprosessen der min oppfattelse av deltagerens opplevelse danner grunnlag for min forståelse (Smith et al., 2009), og dermed også temaene jeg kommer frem til.

I den tredje fasen brukte jeg et ”tematisk nettverk” for å se på ulike sammenhenger mellom kodene og ulike kombinasjoner av koder. Jeg beveget meg mellom sammenligninger av koder på tvers av datasettet, innad hos hver deltager og gikk også tilbake til intervjuene i sin helhet. Dette ble gjort både i skriftlig og auditiv form, for å fange opp flest mulige aspekter ved datasettet. Denne fremgangsmåten gjorde meg ytterligere kjent med innholdet i intervjuene. Å analysere på tvers av datasettet ga nye aspekter til intervjuene i sin helhet, og en ytterligere forståelse av helheten ga meg nye

tanker om enkeltdeler av datasettet. Denne formen for forståelsesprosess kan forstås som en hermeneutisk sirkel. Hermeneutisk sirkel er et begrep brukt av Hans Georg Gadamer, som viser til en interpretasjonsprosess der en fokuserer på forholdet mellom deler og helheten for å øke forståelsen for det en undersøker (Smith et al., 2009).

Braun og Clarke (2006) gir uttrykk for at visuelle hjelpemidler og verktøy kan være hensiktsmessig i arbeidet med å utarbeide temaer. Jeg tegnet derfor tankekart, hvor jeg brukte mappene fra kodelisten som utgangspunkt. For utarbeidelse og organisering av temaer (steg 3-5) benyttet jeg begrepene til Attride-Stirling (2001). I denne artikkelen presenterte forfatterne en ryddig illustrasjon av sammenhengen mellom ulike nivåer av temaer og var et velfungerende visuelt verktøy som hjalp meg å systematisere mine tankekart. Metoden organiserer kodene inn i grupperinger som danner grunnleggende temaer, organiserte temaer og globale temaer.



Figur 2 Et tematisk nettverk inspirert av Attride-Stirling (2001), oversatt til norsk. Illustrasjon av sammenheng mellom grunnleggende, organiserte og globale temaer i et tematisk nettverk, som kan brukes i forbindelse med en tematisk analyse.

Grunnleggende temaer (basic themes) er det laveste nivået av temaer som har kommet frem på bakgrunn av det originale tekstuelle grunnlaget i datasettet (Attride-Stirling, 2001). Disse er temaer som er svært presise for et lite utvalg av datasettet, men som sier lite om helheten med mindre de settes sammen med andre grunnleggende temaer. Flere

grunnleggende temaer med likhetstrekk danner basen for et organisert tema (organizing themes). Et organisert tema er det midterste nivået av temaer og representerer grunnleggende antagelser om det globale temaet (Attride-Stirling, 2001). Et globalt tema (global theme) er beskrivende for store deler av innholdet i datasettet. Det avslører både hva teksten handler om i sin helhet og hvilken vinkling jeg som forsker har valgt for tolking av data (Attride-Stirling, 2001).

Tematisk analyse er ikke en lineær prosess, men gir mulighet til å bevege seg mellom de ulike fasene (Braun & Clarke, 2006). Dette ble også gjort i denne analysen, spesielt under utarbeidelse av temaer.

Intervjuene ble transkribert og kodet fortløpende i innsamlingsperioden. Å lytte til intervjuene, gjennomføre koding og begynne å forme temaer ga meg erfaring og tanker om hvordan intervjuene som kom etter kunne forberedes. Dette ga meg økt bevissthet om hvilke temaer jeg ønsket å vite mer om.

Steg 4: Tilbakeblikk og gjennomgang av temaer

Den fjerde fasen innebærer to stadier av gjennomgang av temaer. Først gikk jeg over alle kodene under et grunnleggende tema og vurderte om de passet inn der de var plassert. Da jeg kom over koder som ikke passet så godt inn måtte jeg vurdere om det var det grunnleggende temaet selv som var problematisk eller om koden helt enkelt var plassert under et uhensiktsmessig grunnleggende tema (Braun & Clarke, 2006). Samme prosess ble gjort med grunnleggende temaer under organiserte temaer, og organiserte temaer under globale temaer.

Det andre stadiet av gjennomgang innebærer å se hvert enkelt tema under de ulike nivåene av temaer opp mot datasettet i sin helhet, hvor en vurderer validiteten til hvert enkelt tema opp mot innholdet i intervjuene (Braun & Clarke, 2006). I dette stadiet fikk jeg satt på plass flere av kodene som tidligere hadde stått i ”diverse”-gruppen, og flyttet rundt på enkelte koder som ikke passet inn. Det ble deretter reflektert rundt de ulike temaene og mulige sammenhenger mellom disse på ulike nivåer. Dette førte til sammenslåing av temaer med fellestrekk, eliminering av enkelte temaer og resulterte i færre temaer på alle nivåer. I følge Braun og Clarke (2006) burde en i slutten av en

Sitat	Koder		Temaer	
	Gr. tema	Org. tema	Gr. tema	Glob. tema
F: Jeg syntes det er spennende å høre hva du tenker om det at man går sammen med noen og snakker sammen og...? D: Det er hyggeligere.	<i>Hyggeligere å gå tur med følge</i>			
D: Det kan snakke litt hvis man kommer på noe. Det er jo hyggelig å gå tur to. Det er egentlig... hjemme så pleier jeg å gå tur med naboen.	<i>Hyggeligere å gå tur med følge</i>			
D: Det er alltid hyggelig med litt følge.	<i>Hyggeligere å gå tur med følge</i>			
D: Sammen. Jeg syntes det er veldig hyggelig og trengte det egentlig.	<i>Hyggeligere å gå tur med følge</i>			
D: Med. Det er jo litt kjedelig å gå alene.	<i>Kjedelig å gå alene på tur</i>			
F: Men du hadde foretrukket å... skjønner jeg deg riktig da, at du hadde foretrukket å være med noen?	<i>Ønsker selskap på tur</i>		Selskap	
D: Det er det derre Gadaffi-stil. Meg og masse damer. Helst den ja. Ja (ler).				
F: Så det er noe du verdsetter?	<i>Verdsetter å gi og ta</i>			
D: Ja. You give me, I give you. Eller opposite.				
F: dagene de dagene du har tenkt at... du ønsker at vi to skal gå sammen? Hva har vært hyggelig da?	<i>Hyggelig med selskap</i>			
D: Kanskje selskap.				
D: Det er veldig viktig å prate med mennesker og ha kontakt. Det kan snakke litt hvis man kommer på noe.	<i>Viktig å ha kontakt med andre</i>			
F: Hva er det som gjør at du føler deg tryggere når du møter noen, når du har den samme instruktøren om igjen?	<i>Mer behagelig med kjent person</i>			
D: Jeg vet ikke. Sånn er det vel med oss alle. Vi finner vel vår faste plass på bussen, i sofaen, i baksetet eller forsetet eller om vi kjører(...) (Ler) Vi er vanemennesker og flokkdyr.				
D: Ååå, tryggheten. Mhm. Bare stemmen din, måten du er på, hvordan du snakker, hvordan du ter deg og alt sånn som jeg har vendt meg til.	<i>Tryggere med en man har vent seg til</i>			
F: Hadde du begynt å løpe hvis du ikke hadde kjent...	<i>Tør å bestemme mer i kjent selskap</i>			
D: Med en ukjent? Nei. (...)			Trygghet	
F: Ja. Følte du at du turte å bestemme mer selv når vi kjente hverandre godt?				
D: Ja.				
F: Så hva er det med det at vi kjenner hverandre bedre som...?	<i>Mer avslappet stemning</i>			
D: Nei, da kan man jo få litt friere tøyler etter hvert da... for eksempel				
F: Og hva er det som... hvorfor er det en positiv ting?	<i>Mer tillitt</i>			
D: Nei, da får man jo mer tillitt til hverandre da, kan åpne seg opp mer.				
F: Hvordan... har det noe å si for ønsket om å delta i aktivitet? (samme person)	<i>Tryggere på seg selv</i>			
D: Ja. Man blir jo tryggere på seg selv.				

Tabell 2 Utforming av temaer. Tabellen viser prosessen fra tekst (sitater) til funn (tema). I venstre kolonne vises sitater fra intervjuet. "F" viser til forsker, "D" viser til deltager. "Koder" viser essensen av sitatene". Under "Temaer" kommer de tre ulike nivåene av tema frem. Grunnleggende tema danner sammen organiserte tema, organiserte danner sammen globale temaer.

denne fasen ha god oversikt over alle temaene i de ulike nivåene, hvordan de passer sammen og den overordnede historien de forteller om datasettet. Jeg brukte derfor mye

tid i denne prosessen for å sikre at jeg hadde funnet frem til et gjennomtenkt forslag om sammenhengene i mellom temaene.

Steg 5: Definerings av temaer

I femte fase skal en definere og redefinere temaene for å gjøre de så presise som mulig for å fremstille ”essensen” av hva de innebærer (Braun & Clarke, 2006). Jeg brukte denne fasen til å korte ned temaenes navn til korte og sammenfattede stikkord. Dette gjaldt alle nivåer. Under følger en skjematisk fremstilling av prosessen fra sitat til globalt tema.

Steg 6: Sammenligning av temaer opp mot BPNT

Den sjette fasen er i følge Braun og Clarke (2006) rettet mot prosessen med å skrive rapporten. I denne studien har jeg valgt å legge inn et ekstra analysesteg mellom steg 5 og 6. Det er et steg der jeg analyserte forskningsdataene opp mot BPNT. Etter først å ha hatt en relativt åpen tilnærming til mine data, gikk jeg over til en mer deduktiv tilnærming til hvert enkelt intervju. Jeg leste alle intervjuene i sin helhet med ”BPNT-brillene” på, og så aktivt etter utsagn som kunne knyttes til BPNT. Her markerte jeg tekstsegmenter som omhandlet et eller flere av teoriens tre ben (autonomi, kompetanse og relasjon), navnga disse og satt enkelt et pluss eller minus i bak for å markere om disse bekreftet eller lå litt på siden av teoriens utgangspunkt. Koding ble utført også her, hvor essensen av lengre sitater ble trukket ut for å konkretisere og forenkle poenger i teksten som var relevante til BPNT.

Steg 7: Rapportskrivning

Den siste fasen i en tematisk analyse er i følge (Braun & Clarke, 2006) å fremstille dataene i en rapport. Hensikten med rapporten er å fortelle historien om de data en har innhentet og de ferdigstilte temaene en har kommet frem til som resultat av analyseprosessen. De utdyper videre at en i rapporten skal trekke frem eksempler fra datasettet som fanger essensen av de poenger en fremstiller, og som samtidig er enkel for leseren og forstå (Braun & Clarke, 2006). En slik essens kan eksempelvis fremstilles gjennom sitater fra deltagerne. Å systematisere funn og informasjon i oversiktlige tabeller kan være med på å øke leservennligheten av informasjonen en prøver og formidle. Rapporten skal både fremstille data på en ryddig måte, og samtidig sette de i lys av annen forskning og egne problemstillinger (Braun & Clarke, 2006).

3.8.3 Min rolle som forsker under datainnsamling og analyse

Kunnskapen en får gjennom et kvalitativt intervju skapes i ”...skjæringspunktet mellom intervjuernes og den intervjuedes synspunkter” (Kvale og Birkmann, 2010, s. 137). Jeg som intervjuer var med andre ord av stor betydning for utforming av funnene. Thagaard (2009) hevder at forskeren styrker gyldigheten av studie ved å tydeliggjøre grunnlaget for sine fortolkninger. Under har jeg derfor beskrevet litt om mitt utgangspunkt som forsker.

Jeg opptrådte i ulike roller i forbindelse med prosjektet, noe som vil kunne ha innvirkning på prosjektets gyldighet av flere grunner. En dobbel rolle som ansatt og forsker var nødvendig for å kunne gjennomføre dette prosjektet, men medbrakte trolig både fordeler og ulemper. Jobben som miljøterapeut har gitt meg flere års erfaring i arbeid med pasienter med psykose ved akuttpsykiatriske avdelinger. Jeg opplevde denne kompetansen som en fordel i prosessen med å forstå deltagerens utgangspunkt, og ga en trygghet i rollen som aktivitetsleder og samhandlingen med deltagerne.

Datainnsamlingen ble ikke gjort på avdelingen jeg selv jobber på, fordi jeg ønsket å unngå konflikt med rollen som miljøterapeut. Miljøterapeutrollen innebærer oppgaver som eksempelvis å vise omsorg og tilrettelegging, som trolig kunne bidra til en god relasjon. På den andre siden innebærer miljøterapeutrollen også oppgaver som kan være vanskelig å bygge gode relasjoner på, eksempelvis grensesetting og korrigerende avferd. Jeg opplevde selv at deltagerne hadde mer positive assosiasjoner til relasjonen med aktivitetsveileder, og det ble kommentert at det var en trygghet at vedkommende ikke hadde intensjon om å presse noen opp i et hjørne eller ha dem til å gjøre noe de ikke ønsket selv.

Å utføre aktiviteten med deltagerne opplevdes for meg som en stor fordel, da det var en fin arena for å bygge relasjon til deltagerne. Dette tror jeg ga utslag både for kvaliteten på aktivitetene og grunnlaget for mer dyptgående intervjuer. Om jeg ikke hadde opparbeidet meg tillitt til deltagerne i forkant av intervjuet, hadde sjansen vært betraktelig mindre for at de ville åpnet opp for å formidle sine erfaringer. Det er i følge Thomas et al. (2015) ingen selvfølge at pasientene ville dele deres sanne tanker, følelser og intensjoner med meg.

Min deltagelse som aktivitetsveileder underveis i aktivitetsperioden hadde både fordeler å ulemper. En av de mest fremtredende utfordringene, som var forventet i forkant av datainnsamlingen, var at relasjonen som ble bygget mellom forsker og informantene ville kunne farge informantenes svar i intervjuet. Jeg risikerte med dette at det kunne hevdes at jeg fikk høre bare det mine deltakere forventet at jeg ville høre fordi de ønsket å bekrefte både meg og den intervensjonen jeg sto for. Jeg mener allikevel at min tilstedeværelse ga verdifull kjennskap til informantenes møte med aktiviteten og jeg fikk et nært forhold til deltagerens opplevelse. Inntrykkene og relasjonen jeg fikk i prosessen var med på å gi mine data nok en dimensjon av forståelse under tolkningsarbeidet og ble med dette sett på som en styrke.

3.9 Studiens troverdighet

Flere forskere viser til studiens "trustworthiness", troverdighet, når de omtaler kvalitativ forskning og dens kvalitet (Lincoln & Guba, 1985; Rossman & Rallis, 2003; Shenton, 2004). Lincoln and Guba (1985) viser til fire områder som sier noe om prosjektets kvalitet og troverdighet: (1) "credibility"- gyldighet, (2) "transferability" - overførbarhet, (3) "dependability" – pålitelighet og (4) "confirmability" - bekræftbarhet. Shenton (2004) konkluderer med at samtlige forskere som utfører kvalitativ forskning burde reflektere rundt punktene i denne, eller lignende modeller, for sikre forskning av høy kvalitet.

3.9.1 Gyldighet

Gyldighet er et begrep som brukes i kvalitativ forskning om studiens evne til å gi et troverdig bilde av det fenomenet som undersøkes, og kan også betegnes som studiets interne validitet (Shenton, 2004). Her stiller en spørsmål ved hvor sammenfallende funnene er med den virkeligheten deltakerne opplever (Manning, 1999). Shenton (2004) viser til flere faktorer som er avgjørende for studiens gyldighet. Under følger refleksjoner rundt noen av disse i lys av foreliggende oppgave.

Veletablerte metoder

Bruk av veletablerte metoder, som tidligere har vært testet ut og vist seg vellykket i andre tilsvarende prosjektet, burde benyttes (Shenton, 2004). Dybdeintervjuer, som er

prosjektets hovedform for datainnsamlingsmetode, er en av de vanligste formene for kvalitativ datainnsamling og benyttes ofte i studier som ønsker å undersøke deltagerens subjektive opplevelse (Brinkman & Kvale, 2015; Smith et al., 2009). Dybdeintervjuets styrker ligger i den dyptgående forståelsen forskeren kan få av deltagerens verden og komplekse sosiale systemer (Brinkman & Kvale, 2015; Marshall & Rossman, 2014). En emnebasert intervjuguide ble benyttet, og var et nyttig verktøy for balanse mellom fri samtale og forutbestemte temaer. Forutbestemte temaer gjør det lettere for forskeren å sammenligne intervjudata i etterkant og er en hjelp som sikrer at deltageren svarer på det forskeren ønsker å undersøke (Thagaard, 2009). En emnebasert intervjuguide tillater også samtalen å ta nye og uforutsette veier, og gir med dette større frihet og mer utfyllende data (Smith, 2007). Jeg kunne med dette tilpasse rekkefølgen på spørsmålene underveis slik at de passet inn med deltagerens frie fortelling, og med dette få en bedre flyt og større frihet i samtalen. Innholdet i intervjuguiden er ikke standardisert eller prøvd ut tidligere, og kan med dette være en potensiell svakhet med metoden. Intervjuguiden er dog skreddersydd den aktuelle studien, og det er rimelig å anta at den var godt egnet for sin hensikt. Den ble også prøvd ut i et pilotintervju.

Forståelse av kulturen

En forståelse av kulturen hvor data hentes inn, er viktig for studiens gyldighet. Lincoln og Guba (1985), og Erlandson (1993) (i: Shenton, 2004) hevder at forkunnskap og kjennskap til miljøet og deltagerne vil bidra til en mer adekvat forståelse av disse, og bidra til å bygge gode relasjoner til deltagerne. Etter flere års arbeid ved avdelingen har jeg god kjennskap til miljøet i avdelingen. Deltagerne rekrutteres med det samme de kommer inn i avdelingen, derfor er det viktig å legge til rette for gode relasjoner så fort som mulig. Refleksjon rundt prosjektets kontekst og hvordan jeg som forsker forstår denne konteksten vil være avgjørende for tolkning av funnene. Denne forståelsen hviler i stor grad på valg av perspektiv og kunnskap om feltet som vedkommende forsker på (Patton, 1990).

Bakgrunn, kvalifikasjoner og erfaringer

Bakgrunn, kvalifikasjoner og erfaringer forskeren sitter inne med er også vesentlig for forståelse og tolking av data. Forskeren er ved bruk av kvalitativ tilnærming et essensielt instrument for datainnsamling og analyse (Patton, 1990). Dette gjør at personlig og faglig informasjon om meg kan innvirke på analyser og tolking av data.

Morehouse og Maykut (1994) anbefaler at både personlige og profesjonelle forhold beskrives om de kan ha relevans for fenomenet som studeres. Avsnittet om min biografi sier noe om mitt utgangspunkt som forsker, og meg selv som analyseverktøy, og er med på å belyse hvilke forutsetninger jeg har som kan være av betydning for analyse og fortolkning.

Deltager sjekk

Deltager sjekk, hvor en dobbeltsjekker at deltagerens mening har kommet frem slik de ønsket, er i følge Lincoln and Guba (1985) en av de mest essensielle tiltakene for å sikre studiets gyldighet. I denne studien ble dette gjennomført i form av oppsummering mot slutten av hvert intervju, hvor jeg oppsummerte min forståelse av deltagerens budskap. Dette ga deltagerne mulighet til å korrigere min oppfattelse, slik at deres opplevelse kom frem slik de ønsket å beskrive den.

Eksisterende forskning

At studien bygger på eksisterende forskning har til en viss grad innvirkning på dens rammer. Flertallet av studier som denne studien viser til omhandler FA og psykose, er rettet mot personer med schizofreni. Da deltagerens diagnoser ikke er kjent, er det usikkert om bakgrunns litteraturen er beskrivende for deltagerne i denne studien. Da det heller ikke ble funnet litteratur som berørte aktivitet for akuttinnlagte med psykose, kan bakgrunns litteraturen anses å være en potensiell begrensning.

3.9.2 Overførbarhet

Overførbarhet sier noe om hvorvidt funnene kan overføres til lignende grupper eller benyttes av andre som forsker innen tilsvarende felt. Det er dette en i naturvitenskapen ofte omtaler som ekstern validitet eller generaliserbarhet. For å vurdere studiets overførbarhet, kreves det en nøyaktig og detaljrik beskrivelse av feltet og tematikken som forskningen undersøker, slik at utenforstående kan vurdere om funnene appellerer til deres forskning eller situasjon (Shenton, 2004). I denne studien er det en utfyllende forklaring på hvilken gruppe som undersøkes, definisjoner av sentrale begreper som benyttes, og metoden er nøye beskrevet med standardiserte prosedyrer.

3.9.3 Pålitelighet

Pålitelighet kan også omtales som studiets reliabilitet. Det handler om studiets forutsetninger for å bli gjennomført på nytt etter beskrevet protokoll og få tilsvarende funn. Prosjektet har en detaljert beskrivelse av metoden og prosedyrer, som styrker prosjektets pålitelighet. Jeg benyttet en gjennomarbeidet intervju-guide, samt at intervjuene ble tatt opp for å muliggjøre transkribering til tekst. Hvor nøyaktig forskeren følger prosedyrer og håndterer eventuelle endringer er også av betydning for prosjektets pålitelighet (Thagaard, 2009). Å skrive ned og reflektere over konsekvensene av endringer som avviker fra planlagte prosedyrer er et tiltak for å styrke påliteligheten. Lincoln og Guba (1985) påpeker at det i kvalitativ forskning er en ørfin balanse mellom gyldighet og pålitelighet. Påliteligheten utfordres i kvalitativ forskning, da dens gyldighet i stor grad er basert på et subjektivt utgangspunkt og unike relasjoner mellom mennesker. I dette prosjektet vil eksempelvis en emnebasert intervjuguide bidra til å standardisere spørsmålene til en viss grad og styrke prosjektets pålitelighet. Samtidig var det viktig at deltageren fikk frihet til å fortelle fritt for å få frem deres genuine opplevelse og dermed styrke studiens gyldighet.

3.9.4 Bekreftbarhet

Refleksjon rundt forskerens nøytralitet har til hensikt å sikre at funnene springer ut fra de innsamlede data, og ikke forskerens predisposisjoner og egne erfaringer (Shenton, 2004). Her diskuteres forskerens evne til å være objektiv, og en drøfter ulike systematiske feil (bias) som forskeren kan bringe inn tolkningsprosessen. Ren objektivitet er tilnærmet umulig i forskning, da alle metoder, spesielt kvalitative, er menneskeskapt (Patton, 1990). Miles and Huberman (1994) hevder at den viktigste faktoren for å bedømme bekræftbarhet er i hvor stor grad forskeren innrømmer og gjør rede for sine predisposisjoner. Mine forutsetninger er beskrevet og drøftet under flere punkter, blant annet i ”forskerens rolle”. Redegjørelsen for hvordan mine forutsetninger påvirker funnene er med på å styrke prosjektets bekræftbarhet. Å tydeliggjøre forskerens grunnlag for tolkninger, og å være kritisk til disse, vil også bidra til bedre kvalitet (Thagaard, 2009).

3.10 Etikk

Etikk er kjent på folkemunne som ”læren mellom rett og galt”. Mer spesifikt kan etikk defineres som en systematisk analyse av moralske normer og refleksjon over hvilken funksjon de har i menneskelig handling (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2012). I forbindelse med denne studien ble metoden gjennomgått av personvernombudet i Vestre Viken for å sikre ivaretagelse av deltageres rettigheter om personvern. Studien fikk tilrådning (vedlegg 4) etter at samtlige prosedyrer for anonymisering av data, oppbevaring av data og informert samtykke (vedlegg 5) var gjort nøye rede for i et meldeskjema til Vestre Viken. I forbindelse med forskning i helseforetak, er jeg som forsker underlagt Helseforskningsloven (2008), som har som formål å fremme god og etisk uforsvarlig helsefaglig forskning. Å innhente informert samtykket er et krav for å drive helsefaglig forskning. Mennesker som lever med psykiske lidelser er ansett å være en sårbar gruppe (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer, 2005). Det er med dette grunnlag for å anta at mennesker med APL, innlagt på lukket avdeling, burde håndteres med ytterligere varsomhet. Denne gruppens sårbarhet kan ses som en barriere for forskning, men samtidig er ny kunnskap om denne gruppen spesielt viktig grunnet deres spesielle utgangspunkt. Da jeg skulle foreta forskning på disse menneskene, var det viktig å planlegge tiltak for å ivareta deltageres personvern og menneskeverd. Jeg sikret meg at deltagerne var i stand til å samtykke til deltagelse, ved ført og fremst å legge inn et inklusjonskriterie om samtykkeerklæring fra psykiater eller psykologspesialist. Et annet tiltak var høytlesning og forklaring av det informerte samtykket til deltageren før de fikk lov til å signere dette. For det tredje var jeg nøye på å formidle at aktiviteten og studien ikke var en del av den pålagt behandlingen på avdelingen, for å sikre forståelse for frivillig deltagelse.

Etisk dyktighet er viktig for å kunne forebygge og løse konfliktsituasjoner eller dilemmaer, også i forbindelse med forskning. Aadland (1991) hevder at evne til å identifisere etiske dilemmaer, og erkjenne at det er etiske aspekter i faglig arbeid, er viktig for etisk dyktighet. ”Et etisk dilemma oppstår når to eller flere etiske regler, prinsipper eller verdier kommer i konflikt med hverandre” (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2012, p. 96). Som forsker er det viktig at en har en god fornemmelse av hva som er ”rett og galt”. Pasienter APL er ansett å være en sårbar gruppe, og flere etiske hensyn og vurderinger måtte gjøres i forbindelse med forskningsprosessen. Noen av de mest fremtredende etiske refleksjonene jeg gjorde meg er redegjort for her.

Mine to roller som forsker og ansatt kunne føre til etiske dilemmaer, da de to rollene innebar ulike normer og regler. I forbindelse med gjennomføring av datainnsamling, ble jeg utfordret på valg mellom de ulike reglene og normene knyttet til de to rollene. I min rolle som forsker etterstrebet jeg å være nøytral i henhold til mine vanlige arbeidsoppgaver som miljøpersonell, eksempelvis korrigerer og grensesetting. Dette fordi jeg ønsket at relasjonen til meg som aktivitetsveileder, og som nøytral part, skulle styrkes. Gitt at deltagerne var akuttinnlagt, var det likevel nødvendig at jeg hadde min rolle som miljøpersonell i beredskap. Dette for å sikre deltagerens og andres sikkerhet i enkelte tilfeller. Prioritering av miljøpersonell-rolle var også en forutsetning for at studien kunne gjennomføres med deltagerne innlagt ved akuttavdeling. Det var viktig for meg at aktivitetstilbudet ikke skulle være et hinder for, eller forstyrre, den opprinnelige behandlingen. Behandlingen og oppfølgingen som gis i psykiatrien skal hjelpe pasientene tilbake til sin "livsvei" (Hummelvoll, 2012). Handlinger som korrigerer og grensesetting har til hensikt å hjelpe pasientene med nettopp dette. I tillegg til å veilede deltageren, er det også min plikt som ansatt å ivareta deltagerens og andres sikkerhet. Her opptrådte jeg hovedsakelig ut fra en pliktetisk posisjon. Pliktetikken viser til faste regler og plikter, som eksempelvis kan følge med en rolle som miljøterapeut. Rett og galt defineres av hvorvidt en følger gitte regler eller oppfyller gitte plikter knyttet til denne rollen (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2012).

I andre sammenhenger reflekterte jeg rundt konsekvensetiske dilemmaer. Mens pliktetikken fokuserer på plikter og regler forut for handling, ser konsekvensetikken på konsekvenser etter en handling. Her vurderes det hvorvidt handlinger med stor sannsynlighet vil føre til gode konsekvenser for enten en selv, etisk egoisme, eller så mange andre som mulig, utilitarisme (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2012). Under utarbeidelse av forskningsdesignet måtte jeg ta hensyn til hva som var til det beste for min forskning, og hvordan jeg skulle gå frem for å hente ut interessante forskningsdata fra gruppen. Her kan en si at jeg handlet ut fra en posisjon nærliggende etisk egoisme, i og med at jeg personlig ønsket en studie med suksess, som ville være bra for meg. Samtidig har jeg en idé om å finne metoder som er et gode for flest mulige pasienter med psykose, som vil være en form for utilitarisme.

Til tross for sistnevnte refleksjoner med konsekvensetisk posisjon, var pliktetikken styrende også her. Med bakgrunn i Emanuel Kant sin posisjon skal en aldri handle på en

slik måte at en bruker andre mennesker som kun et middel, men alltid også som et mål i seg selv (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2012, p. 98). På bakgrunn av pliktetikken, og med Kant sin posisjon, satt jeg konsekvenser for den enkelte deltageren høyest da jeg utformet forskningsdesignet.

Ovenfor deltagerne ble etiske hensyn presentert i det informerte samtykket. Her fikk de informasjon om studiens hensikt, hva deltagelsen innebar og krevde av dem, mulige fordeler, mulige ulemper, hvordan deres anonymitet ville bli ivaretatt og hva som ville skje med informasjonen om dem. Se detaljer i vedlegg 5.

Psykosetilstand kan, som nevnt tidligere, føre til nedsatt kognitiv funksjon (Ilnér, 2012). Å sikre deltageres forståelse av det informerte samtykket var derfor spesielt viktig. Da flere av deltagerne var lagt inn ufrivillig, var det også viktig å sikre at samtlige deltagere forstod at dette var et frivillig tilbud, som ikke var en del av pålagt behandling. Å sikre deltageres forståelse av hva deltagelsen innebærer er en plikt jeg har som forsker. Hos deltagere med merkbar nedsatt funksjon måtte jeg aktivt bruke min intuisjon på å avgjøre hvor vidt vedkommende faktisk hadde tatt til seg og forstått informasjonen jeg ga i forbindelse med det informerte samtykket. Dette fører oss til en tredje form for «praktisert etisk teori», nemlig situasjonsetikk. Situasjonsetikk er prinsippbasert, hvor personens intuisjon eller skjønn avgjør hvorvidt en handling er rett eller urett (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2012). En svakhet ved avgjørelser basert på intuisjon, kan sies å være at intuisjon er svært individuell og i liten grad objektiv.

3.11 Håndtering av eventuelle reaksjoner

I en forlengelse av mine plikter som forsker og ansatt ved sykehuset, utformet jeg en handlingsplan for eventuelle reaksjoner som kunne oppstå. Reaksjoner fra deltagerne kunne hypotetisk sett forekomme i forkant, etterkant eller underveis i datainnsamlingsperioden. Om deltageren eksempelvis hadde angret på sin deltagelse eller vært betenkt rundt hva han eller hun har delt av informasjon, hadde prosjektet følgende prosedyrer for å håndtere dette. Ved henvendelser underveis i aktivitetsperioden som angår FA kunne deltageren ta dette opp med meg i forbindelse med avtalte FA-møter. Henvendelser angående personlig informasjon og generell deltagelse ble håndtert av undertegnede. Deltagerne var i kontakt med miljøpersonalet 24 timer i døgnet og, som hadde mulighet til å rapportere til meg om eventuelle

reaksjoner skulle oppstå rundt prosjektet. Behandler ble også oppfordret til å spørre om deltagerens deltagelse i forbindelse med jevnlig behandlingsmøter og var også en støttespiller som ivaretok deltageren. Deltageren hadde til enhver tid mulighet til å trekke seg fra prosjektet, og kunne også ekskluderes om behandler mente det var nødvendig. Til tross for muligheten, valgte ingen deltagere å trekke sin deltagelse. Resultater fra datainnsamlingsperioden følger under.

4. Resultat

I dette kapittelet vil studiens resultater fremstilles med tabeller, figurer, utvalgte sitater og forklarende tekst. I sitatene er mine spørsmål og kommentarer markert med fet skrift.

4.1 Gjennomførbarhet

I første del av min problemstilling spør jeg om det er mulig å gjennomføre et aktivitetstilbud med personer med psykose innlagt på lukket akuttpsykiatrisk avdeling. Aktivitetstilbudet jeg hadde planlagt for denne gruppen ble gjennomført. Seks deltagere, av syv som ble spurt, benyttet seg av aktivitetstilbudet og samtlige fylte minimumskriteriene for tid i FA. Den ene pasienten som ikke ønsket å delta, begrunnet dette med at han ikke følte seg i form til å være fysisk aktiv. Personen oppga ikke ytterligere grunner til at han ikke ønsket å delta. Det var tilfeller hvor innlagte personer med psykose ikke ble spurt på bakgrunn av ekskluderingskriteriene. Typiske tilfeller var at personene ikke kunne håndteres av en person alene, risiko for vold eller at de hadde en så uorganisert oppførsel at behandleren ikke så deltagelse hensiktsmessig før symptomene hadde roet seg noe. En oversikt over aktiviteten deltagerne gjennomførte er sammenfattet i tabell 3.

Syv økter ble satt som et ønsket mål for datainnsamling, men de fleste deltagerne hadde færre økter grunnet kortere innleggelsestid. Samlet hadde de fleste øktene varighet på mellom 30 og 60 minutter. Fire av deltagerne som deltok i aktivitet ønsket gjennomgående å være med ved første mulighet da de ble spurt. To av deltagerne ønsket ikke alltid å være med da de ble spurt. Dette ble begrunnet med at de var slitne eller ”ikke orket”. Noen ganger ønsket de bare å se an formen utover dagen, og kanskje delta på et senere tidspunkt.

Å gå på tur var den aktiviteten flest ønsket seg. Oftest ønsket deltagerne å gå i naturomgivelser, og noen ganger var også matbutikken målet for turnen. Det ble ikke målt intensitet under aktivitetsøktene i datainnsamlingen, men jeg opplevde at deltagerne hadde variert tempo, både seg imellom og fra gang til gang på gåturene. Deltager 6 tok steget videre til joggetur en av øktene, også i naturomgivelser. Deltager 5 var jeg i svømmehall med, hvor vi svømte ulike svømmearter.

Tabell 3 Gjennomføring av aktivitet. Tabellen viser en oversikt over deltagerne i studien, utvalgte demografiske data og enkle fakta om aktiviteten de utførte.

	Alder	Kjønn	Lov til utgang	Tilbud om økter	Antall økter	Innhold i aktivitetstøktene	Arena	Variighet (min)
Deltager 1	31-40	Mann	Ja	6	4	1: Gåtur i skog og ved vann 2: Gåtur til matbutikk 3: Gåtur til matbutikk, spontan fartslek 4: Gåtur i skog og ved vann	Ute Ute Ute Ute	40 60 40 30
Deltager 2	41-50	Kvinne	Ja	4	4	1: Gåtur i skog og ved vann, fast runde 2: Gåtur i skog og ved vann, fast runde 3: Gåtur i skog og ved vann, fast runde 4: Gåtur i skog og ved vann, fast runde	Ute Ute Ute Ute	45 30 40 45
Deltager 3	41-50	Kvinne	Ja	9	6	1: Gåtur i skog og ved vann 2: Gåtur i skog og ved vann 3: Gåtur i skog og ved vann 4: Gåtur på sykehusområdet 5: Gåtur på sykehusområdet 6: Gåtur i skog og ved vann	Ute Ute Ute Ute Ute Ute	45 40 45 20 25 30
Deltager 4	41-50	Kvinne	Nei	2	2	1: Sirkelbevegelser i ulike ledd, lett bevegelighetstrening 2: Sirkelbevegelser i ulike ledd, lett bevegelighetstrening	Inne Inne	45 60
Deltager 5	18-30	Kvinne	Ja	3	2	1: Gåtur til matbutikk 2: Gåtur i skog og ved vann 3: Svømming, bryst og rygg	Ute Ute Inne (Hall)	60 17 60
Deltager 6 (ikke intervju)	31-40	Kvinne	Ja	2	2	1: Gåtur i skog og ved vann 2: Joggetur i skog og ved vann	Ute Ute	50 22

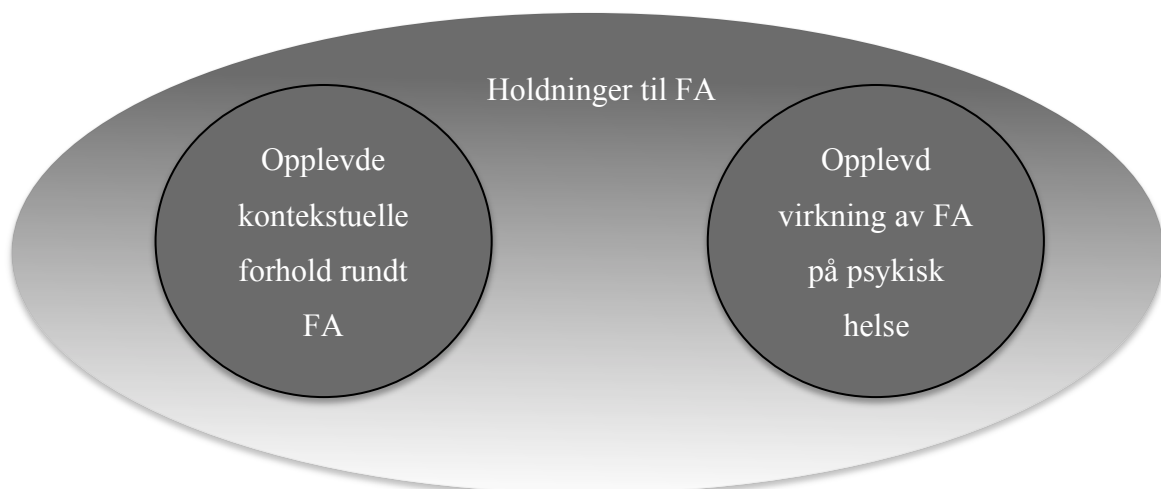
For deltager 4 foregikk begge hennes økter innendørs. Hun hadde opprinnelig ønske om å være utendørs, men behandlerne ga ikke deltageren tillatelse til å oppholde seg utenfor avdelingen. Etter hennes ønske, ledet jeg henne gjennom to økter med rotasjonsbevegelser i ulike ledd og lett bevegelsestrening.

Øktene ble avtalt på et felles morgenmøte for personalet ved avdelingen, i samråd med ansvarlig sykepleier og senere med deltageren selv. Enkelte deltagere hadde flere avtaler å forholde seg til, eksempelvis besøk av familie og samtale med behandler, men vi fant likevel tid til FA.

Gjennomføringen av aktivitetsperioden hadde også noen få utfordringer i henhold til å gjennomføre aktivitet. Disse utfordringene var knyttet til deltagerne selv, og ikke organisatoriske forhold. Deltager 6 opplevde bivirkninger av medisin i form av prikking foran øynene. Hun kjente godt til dette fenomenet, da hun også tidligere har opplevd en slik bivirkning av langtidsvarende antipsykotiske injeksjoner. Dette gjorde at vi under joggetur måtte stoppe opp for en stund, da hun beskrev at hun så stjerner og ble svimmel. Deltager 3 ga uttrykk for kroppslige smerter i form av verking i kroppen i noen tilfeller under aktivitet, og mente dette skyldtes en nervesykdom. Deltager 1 kviet seg for å gå tur ute for tredje gang, da han opplevde en forsterket følelse av å være innesperret i etterkant av økt nummer to. Deltager 5 ble så søvnig under intervjuet at vi måtte avslutte det tidligere enn planlagt.

4.2 Opplevelse og erfaring av FA

Etter å ha erfart at aktivitetstilbudet kunne gjennomføres på avdelingen, ønsket jeg videre å få innblikk i deltagerens erfaringer av dette tilbudet. Deltagerne, med unntak av deltager 6, har delt sine erfaringer og opplevelser med FA. Erfaringene kan beskrives under tre globale temaer. Under følger en figur som fremstiller disse tre globale temaene; opplevde kontekstuelle forhold rundt FA, opplevd virkning av FA på psykisk helse og holdninger til FA (figur 3).

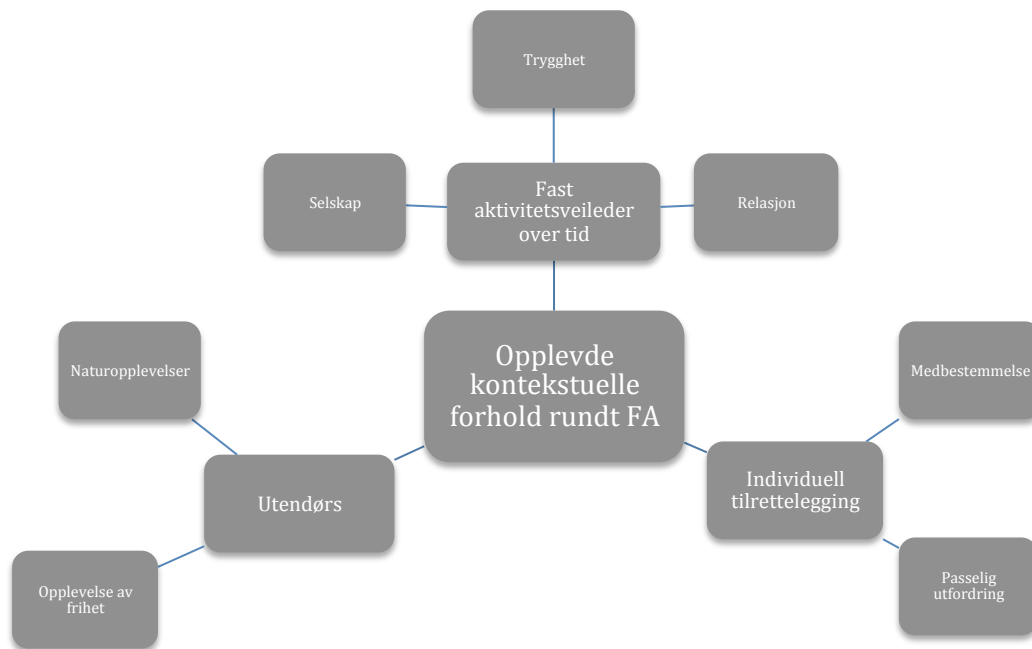


Figur 3 Globale temaer som beskriver funn fra analysene. Erfaringene er delt i "opplevde kontekstuelle forhold rundt fysisk aktivitet" og "opplevd virkning av fysisk aktivitet på psykisk helse". "Holdninger til fysisk aktivitet" er illustrert som et bakteppe for de to andre globale temaene.

"Opplevde kontekstuelle forhold rundt FA" er det globale temaet som vil få mest oppmerksomhet i denne oppgaven. Videre vil jeg beskrive det globale temaene "opplevd virkning av FA på psykisk helse". Til slutt blir "holdninger til FA" beskrevet helt kort. Dette globale temaet vil ikke bli vektlagt spesielt i denne oppgaven.

4.2.1 Opplevde kontekstuelle forhold av FA

Felles for de grunnleggende og organiserte temaene som inngår i det globale temaet "opplevde kontekstuelle forhold rundt FA", er at de sier noe om hva som er gjeldende for å få en god opplevelse av aktiviteten.



Figur 4 Det globale temaet ”opplevde kontekstuelle forhold rundt fysisk aktivitet”. Dette bygger på de organiserte temaene ”utendørs”, ”fast aktivitetsveileder over tid” og ”individuell tilrettelegging”. De organiserte temaene er kommet til på bakgrunn av hver sine grunnleggende temaer i ytterste ledd.

4.2.2 Fast aktivitetsveileder over tid

Samtlige av deltagerne svarte at de ønsket å være i aktivitet sammen med meg, fremfor å utføre aktivitet alene. Å ha en fast aktivitetsveileder (AV) over tid ser ut til å kunne være ønskelig av flere grunner. De tre grunnleggende temaene ”selskap”, ”trygghet” og ”relasjon” ser ut til å henge sammen. I noen tilfeller har disse grunnleggende temaene blitt berørt i samme setning. Det kan med dette virke som om disse grunnleggende temaene er nok så nærliggende.

For det første beskriver samtlige deltagere at ”selskap” er noe de setter pris på i forbindelse med aktivitet. Deltager 2 ble spurt om hun ønsket å gå med eller uten meg, og svarte ”Med. Det er jo litt kjedelig å gå alene. Det er alltid hyggelig med litt følge”. Hun gir her et nok så klart uttrykk for at hun har preferanse om å være i aktivitet med en annen. Til tross for et klart ønske om selskap uttrykker deltager 3 også at de dagene hun har veldig ”mye tanker” føler hun det hadde vært best å gå turen alene. Deltager 5 beskriver at min tilstedeværelse gjorde at hun opplevde å ha selskap og følte trygghet:

”Det har vært gøy å være med noen, for man trenger litt selskap og ha noen i nærheten. Selv når man er trøtt og sliten kan man ha noen ved siden av, så kan man være litt forsiktig og passe på at man har det bra og at noen liksom kan redde deg om du trenger det”.

Deltager 5

Selskap og trygghet gikk igjen i forklaringene på hvorfor deltagerne ønsket aktivitet sammen med meg. Det ser ut til at aktivitet sammen med en aktivitetsleder fremmer en opplevelse av trygghet .

”Du har en behagelig måte å prate med mennesker på. Du ser meg rett i øynene. Veldig... og når jeg sier noe så ser jeg du er engasjert.

Ja, så bra. Hvordan påvirker det din opplevelse av aktivitetsøkten?

Da blir jeg tryggere og tryggere”

Deltager 4

Denne deltageren verdsatte spesielt den mellom-menneskelige relasjonen og kom med konkrete eksempler på hva jeg gjorde som fikk henne til å føle seg trygg. Slike sitater som omhandlet mellom-menneskelige forhold bidro også til det grunnleggende temaet ”relasjon”, som jeg kommer tilbake til. Hun snakker her om viktigheten av å se henne rett i øynene og vise engasjement. Videre verdsatte hun at jeg snakket med en rolig stemme og at ”innspillene kan gå begge veier” er viktig for hennes trygghet. At innspillene kan gå begge veier tolker jeg som en opplevelse gjensidig respekt for den andre personenes meninger og trygghet i å ytre egne meninger. Et annet aspekt av trygghet kom frem i den unike rollen jeg som AV hadde i en slik behandlingssituasjon, hvor mitt mandat ikke innebærer bruk av tvang. Dette ble også fremstilt som en kilde til trygghet:

”Tryggheten med at du har ingen hensikter med å verken putte i meg medisiner eller tvinge meg oppi noe hjørne eller.... En, vi hadde helt fint rom, hver vår intimone. Så den... Tryggheten”.

Deltager 4

Deltagerne var også relativt like i sin oppfatning av at det var positivt å bli fulgt opp av samme person over tid. Det grunnleggende temaet ”relasjon” bygger på sitater om mellom-menneskelige evner, som nevnt over, men også mer konkrete eksempler fra deltagerne. Deltager 3 beskriver eksempelvis at ”det er veldig viktig å prate med mennesker og ha kontakt”.

En følelse av trygghet kan i noen sammenhenger se ut til å springe ut fra relasjonen som skapes. Deltager 1 sier ”Ja, nå har jo vi blitt litt bedre kjent da. Så da er man jo... da blir man jo tryggere da. Da kan man åpne seg opp mer”. Det virket som om det å åpne seg også ga et bedre utgangspunkt for å tørre å bestemme mer selv, som jeg kommer tilbake til under ”individuell tilrettelegging” og ”medbestemmelse”.

”Hadde du begynt å løpe hvis du ikke hadde kjent...

..Med en ukjent? Nei.

Nei?

Det hadde jeg virkelig ikke gjort.”

Deltager 1

4.2.3 Individuell tilrettelegging

Å legge til rette for den enkelte ser ut til å være viktig for en positiv opplevelse av FA. Dette organiserte temaet ”individuell tilrettelegging” sprang ut fra spesielt to grunnleggende temaer, nemlig mulighet til medbestemmelse og passelig utfordring på aktiviteten.

Medbestemmelse

Det å oppleve trygghet i relasjonen til meg som aktivitetsveileder, kan være en støtte for medbestemmelse hos deltagerne. Viktigheten av medbestemmelse bekreftes i mange sammenhenger av deltagerne. Deltager 3 trodde at det å bestemme over seg selv er noe alle mennesker syntes er viktig. For deltager 2 opplevdes det mindre stressende, og heller mer avslappende, da hun fikk gå i eget tempo. Deltager 5 følte seg mer selvstendig av å få bestemme aktivitet selv, som videre ga henne en følelse av at hun ble mer klar for å forlate sykehuset. Deltager 3 forteller at hun har bestemt hele sitt liv, og at dette er veldig viktig for henne, men at hun i liten grad har mulighet til å bestemme selv under innleggelsen. Hun sier likevel at hun føler hun har fått være med å bestemme i forbindelse med aktiviteten, men utdyper ikke videre hvordan dette oppleves. Deltager 2 beskriver i sitatet under hvordan hun syntes det er mindre stressende når hun får bestemme selv, men understreker allikevel viktigheten av å stille krav til seg selv.

”Hvordan oppleves det å få bestemme selv?

Bra. Da har man mindre stress og må opp og nå et mål, men på annen måte –

det vet jeg at man må svette litte grann. Jeg er ikke glad i alt for avslappende.”

Deltager 2

Ikke alle deltagerne hadde like sterke formeninger om hva aktiviteten skulle gå ut på. Det kom ikke så tydelig frem hvilken opplevelse de fikk av å bestemme selv. Noen av deltagerne var dog ganske klare på hva de absolutt ikke ønsket å gjøre. Å bli hørt for hva en ikke ønsker å gjøre kan også ses på som en form for medbestemmelse. Deltager 1 ble spurt om styrketrening på styrkerom, men svarte før jeg fikk stilt spørsmålet ferdig: ”Det er jo helt meningsløst”. Det var tydelig at han ikke fant mening med denne form for aktivitet. Deltager 4 beskriver under hvordan hun hadde reagert om hun hadde blitt satt til å gjøre en aktivitet hun ikke liker.

”Nei, men hvis du hadde dratt med meg ut for å spille fotball, så kan det hende jeg hadde slått meg vrang og nekta (ler).”

Deltager 4

Kun en av deltagerne følte at han ikke hadde fått være med på å bestemme hva aktivitetene skulle innebære i så stor grad som han selv ønsket. Han mente riktig nok at han hadde fått bestemme innenfor de rammene som sykehuset hadde, men ønsket seg andre former for aktivitet som ikke kunne tilbys under noen omstendigheter, da det var av seksuell art. Vedkommende ga uttrykk for at denne manglende medbestemmelsen hadde gitt noe utslag på hans opplevelse, men at han var relativt fornøyd da han tross alt fikk bestemme mye annet selv. Andre deltagere var tydelige på hvordan det å ikke få bestemme selv opplevdes som negativt. Deltager 3 beskriver en tidligere opplevelse av å ikke få bestemme selv, og at dette følte veldig dårlig ”mentalt”. Deltager 4 gir også uttrykk for at det å måtte gjøre noe som hun ikke hadde lyst til ville gjort henne sliten i hodet og kroppen.

Deltager 4 brakte inn et litt annet aspekt av medbestemmelse. Hun opplevde nemlig en trygghet av å bli ledet, og ønsket ikke å bestemme økten selv i detalj. Hun liker å følge etter, og at ”(...) jeg får prestasjonsangst hvis noen sier at jeg skal bestemme”. Jeg fikk inntrykk av at denne vegringen for å bestemme gjaldt primært underveis i aktiviteten. Hun var nemlig med på å bestemme hvilken form for aktivitet vi skulle drive i aktivitetsøktene ved første møte, etter å ha fått ulike forslag fra meg. Hun hadde et ønske om å bli ledet og ville ha en klar plan for hva som skulle skje. Det kommer videre

frem at deltager 4 setter stor pris på klare instruksjoner å forholde seg til: ”Det at du har fortalt meg og informert at «nå gjør vi sånn og sånn», veldig bra”. Det kommer også frem at hun har et behov for forutsigbarhet og det å ha en leder som gir ”klare, tydelige beskjeder”. Det å ha faste rammer og avtaler blir tydelig trukket frem som et individuelt behov hos denne deltageren.

”Ja. Jeg orker ikke så masse uforutsigbart stress rundt meg: si en ting og gjøre noe annet, (...) da blir jeg sliten”

Deltager 4

”Da hadde jeg vært både fysisk og psykisk mer opplagt. Sånn at det er non faste rammer og strakte avtaler er veldig viktig for sånne som meg.”

Deltager 4

Deltager 1 hadde en forsterket opplevelse av det å være innlagt på tvang etter at han hadde vært ”ute i det fri”. Denne opplevelsen kan også passe inn som et aspekt av ”opplevelse av frihet”. Han kjente økt følelse av å være innesperret etter å ha vært ute i aktivitet, som opplevdes som en mindre god følelse. En måte å tolke det på er at det å være ”ute i det fri” er en opplevelse av autonomi, som kan inngå under det grunnleggende temaet ”medbestemmelse”. ”Medbestemmelse” inngår videre under det globale temaet ”opplevde kontekstuelle forhold av FA”. Denne opplevelsen kan med dette tolkes som en negativ opplevelse av autonomi og medbestemmelse. Deltageren fremstiller dog dette som et enkelttilfelle, og gir uttrykk for at han ikke kjente på dette i like stor grad senere i aktivitetsperioden.

Passelig utfordring

Det andre grunnleggende temaet under ”individuell tilrettelegging” springer ut fra at aktiviteten var passelig utfordrende. Det å mestre aktiviteten ble ikke trukket frem i veldig stor grad, men heller som en arena for å mestre andre utfordringer. Deltager 3 beskriver blant annet at somatiske smerter i kroppen er en hindring for henne, men at det følte godt å klare å gå tur til tross for disse. Deltager 1 var veldig fornøyd med at han ikke hadde kjøpt alkohol da vi var ute og gikk tur. Han var også glad for å få tillit til å være med ut slik at han kunne bevise at han mestret det:

”Jeg er jo på tvang og lukka og hele paketet. Det er jo, veldig ydmyk at jeg fikk komme meg ut på tur da. At dere stolte såpass på meg.”

Deltager 1

Deltager 2 sier at hun ikke følte den faste turen vi gikk var så lang, og at det derfor ikke var så mye å mestre. Dette kan være et tegn på at noen deltagere kanskje kunne tålt litt mer utfordring. Til tross for at ingen av deltagerne ga uttrykk for at de ikke mestret aktivitetene de utførte sammen med meg, fikk jeg enkelte til å fortelle om tidligere erfaringer de hadde med det å ikke mestre. Deltager 5 beskriver at hun blir sliten når hun ikke klarer å henge med på aktiviteten. Deltager 4 beskriver at hun blir sliten psykisk og fysisk når hun ikke klarer å henge med. Hun sier videre at hun ved et slikt tilfelle ville gått rett hjem, lagt seg på sofaen og blitt der resten av dagen. Under beskriver deltager 4 om en opplevelse tilbake i tid hvor hun følte at hun ikke mestret en kampsituasjon i fotball.

”Det kokte over i hodet på meg. Føltes ut som jeg ble putta oppi et vepseboll også stod det «hei, jeg er honning, hvem er du?» (Ler)”

Deltager 4

4.2.4 Utendørs aktivitet

Det å komme seg ut i naturen og ut av sykehuset ble av deltakerne trukket frem som en viktig følge av å delta i FA. De satte pris på muligheten til å oppholde seg i naturen og få frisk luft, samt en opplevelse av frihet. Naturopplevelser viste ofte til sanseopplevelser som å se, høre og lukte: ”Lukter, fugler, frisk luft, lukter natur. Alt” (deltager 1). Det kan virke som opplevelse av natur for flere av deltagerne går igjen som en helhet, hvor ”alt”, en kombinasjon av flere gode komponenter kommer sammen:

”Hva er det med naturen som er deiligere?

Det er mange forskjellige, det er se på dyr, rennende bekken og se på plantasjonen og lukter fra forskjellige planter.”

Deltager 2

”Nei, da vil jeg heller bare gå opp til der vi var. Den grønne lille plassen der oppe og bare ligge der et par timer da. Meditere og... bare høre på fuglene og bekken sildre.”

Deltager 1

Opplevelsen av å være i naturen beskrives med flere ulike betegnelser som for eksempel ”indre harmonier” (deltager 1), være ”jorda” (deltager 4), ”avslappet” (deltager 5), og deltager 3 beskriver at hun føler seg litt bedre mentalt og at naturen stimulerer til mer positive tanker. Både deltager 3 og 4 sier de får en følelse av frihet når de er ute i naturen. Opplevelsen av frihet ble i noen tilfeller knyttet til opphold i naturen. Deltager 1 beskriver hvorfor han liker å komme utendørs: ”For da har man vært ute i friheten. Kjent på naturen, sett natur”. Da følelsen av frihet også ble omtalt i forbindelse med å være ute generelt ble denne satt som et eget organisert tema. Dette også fordi det virket som om muligheten for å komme seg ut fra sykehuset generelt var et ønske fra flere av deltagerne.

”Fri. Her har du fire vegger. Der ute har du ingenting, ikke walls. Ingenting”.

Deltager 3

”(…) Ja, veldig positivt (å komme seg ut). Jeg tenker på andre pasienter og, det er jo himmelsk godt å komme seg ut her ifra”.

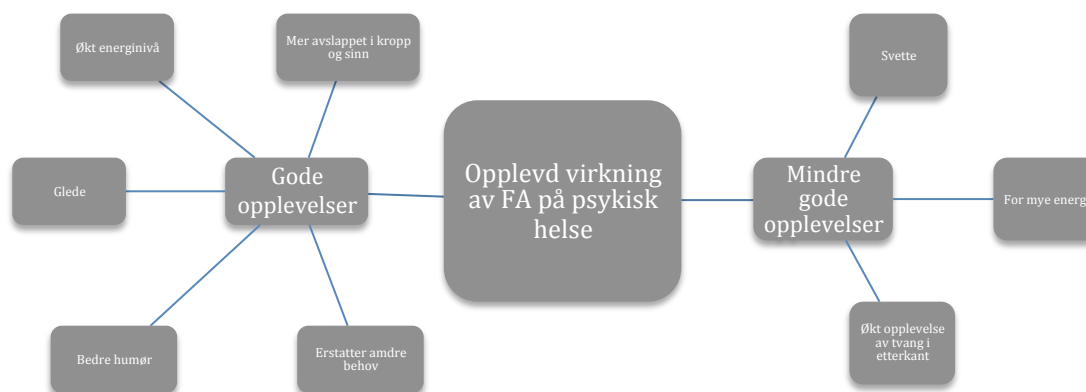
Deltager 1

”Frisk luft” ble nevnt som enten en motivasjon for å komme seg ut, eller som noe de så tilbake på som positivt. Deltager 2 sa at det var deilig å komme ut å trekke frisk luft da hun ellers oppholdt seg inne. Da deltager 4 ble spurt om hva hun legger i god psykisk helse, mente hun at FA var en god del av det, men også det å komme seg ut i frisk luft. Hun slang også på: ”noe som jeg ikke har vært (ute i frisk luft) siden jeg kom hit.”

4.3 Opplevd virkning av FA på psykisk helse

Det globale temaet ”opplevd virkning av FA på psykisk helse” ble understøttet av to organiserte temaer: opplevelser som ble tolket som gode og de som ble tolket som mindre gode. De mindre gode sidene er ikke så ofte berørt i deltagernes beskrivelser sammenlignet med de sidene som ble vurdert som gode, men er allikevel en viktig dimensjon av deltagernes opplevelse. Deltager 1 påpekte at det å bli svett og klam ikke var en direkte god følelse, til tross for at det kunne føles godt når en var ferdig. Økt energinivå var noe som stadig ble lagt frem som noe positivt, men deltager 1 følte at aktivitet og tur faktisk kunne resultere i for mye energi i noen omganger. Episoden hvor deltager 1 følte at han kjente mer på å være innesperret etter han hadde vært ute i det fri,

kan tolkes som en mindre god opplevelse, og derfor relevant som grunnleggende tema også under dette globale temaet.



Figur 5 Det globale temaet "opplevd virkning av fysisk aktivitet på psykisk helse". Dette bygger på de organiserte temaene "gode opplevelser" og "mindre gode opplevelser", som videre bygger på hver sine grunnleggende temaer.

Av gode opplevelser har det grunnleggende temaet "erstatter andre behov" kommet til. En av deltagerne ga uttrykk for at det å gå tur både roet ned alkoholsuget han hadde og gjorde han mindre seksuelt frustrert. Deltager 4 ga uttrykk for at å være aktiv inne var godt da hun ikke hadde mulighet til å gå ut. Generelt var det gjennomgående at samtlige opplevde bedre humør, glede, økt energinivå og opplevde å bli mer avslappet i både kropp og sinn i forbindelse med aktivitet.

4.4 Holdninger til FA

Det globale temaet "holdninger til FA" ligger som et bakteppe bak de to andre globale temaene. Disse kan være interessante å kjenne til da de kan si noe om deltagerens for forståelse av FA, og vil kunne være med på å farge deres erfaringer med både kontekstuelle forhold og virkning av FA på psykisk helse. Å unne andre medpasienter tilbudet om aktivitet og mulighet for å komme ut ble nevnt av deltager 1, 3 og 4. Deltager 2, 4 og 5 gir uttrykk for at de mener FA er viktig for helsa, og deltager 4 sier

hun har fått økt motivasjon til å være aktiv etter oppholdet på avdelingen avsluttes.
Dette globale temaet blir ikke nærmere utdypet i denne besvarelsen.

5. Diskusjon

I dette kapitlet vil de tre problemstillingene besvares og diskuteres opp mot funnene fra denne studien. Den første problemstillingen diskuteres først, etterfulgt av en samlet diskusjon av de to siste.

5.1 Gjennomføring av aktivitetstilbud

1) Er det mulig å gjennomføre et tilbud om fysisk aktivitet (tilrettelagt ut fra Basic Psychological Needs Theory, en miniteori under Self-Determination theory) for personer med psykose på en lukket akuttpsykiatrisk avdeling?

Et aktivitetstilbud lot seg gjennomføre på med personer med psykose som var innlagt ved en lukket akuttpsykiatrisk avdeling. Det er viktig å understreke at gjennomføringen ble betraktet som mulig på bakgrunn av studiens inklusjonskriterier, da det var personer med psykose ved avdelingen som ikke ble ansett som egnet av for tilbudet. I forbindelse med gjennomføring av aktivitetstilbudet har jeg møtt på noen utfordringer, og samtidig noen forhold som har muliggjort gjennomføringen. Disse vil jeg gjøre rede for under.

En avgjørende faktor for gjennomføringen av aktivitetstilbudet jeg designet var min kompetanse innen organisering av FA og kjennskap til BPNT. En annen viktig faktor var min erfaring med pasienter med psykose, og fra akutt avdeling forøvrig. Min kompetanse i de ulike feltene ga meg en faglig trygghet, og tillot meg å bruke mye energi på tilrettelegging for å tilfredsstille av de tre psykologiske behovene.

Det var også noen utfordringer tilknyttet gjennomføring av aktivitetstilbudet og gjennomføring av intervjuer. Bivirkninger av medisiner er kjent som barriere for FA generelt blant mennesker med APL, det samme gjelder somatiske smerter (Firth et al., 2016b). For deltager 6 var det fysisk vanskelig å fortsette aktiviteten, og jeg opplevde at synsforstyrrelsene, som trolig var en bivirkning, var ubehagelig for henne. De kroppslige smertene til deltager 3 var ikke definerte, men jeg tolket det som at disse var en reell barriere for henne som gjorde at hun til tider ikke orket å være med på aktivitet. Det kan være grunn til å tro at den umiddelbare trettheten deltager 5 opplevde under intervjuet kunne oppstått under aktivitet også. Det er uvisst om trettheten skyldtes

bivirkninger av medisiner, fysisk utmattelse av svømmingen vi nettopp hadde gjennomført eller kom av andre årsaker.

Noen av deltagerne ønsket ikke alltid å være med da de ble tilbudt tur. Da de allikevel ønsket å være med andre ganger, kan det være grunn til å tro at dagsform, eller form generelt, kan være en mulig forklaring på variasjonene i ønske om FA. Personen som ikke ønsket å delta i studien bekrefter at det finnes pasienter som ikke ønsker å være i aktivitet. Det er viktig å påpeke at aktiviteten ble tilbudt som en samlet pakke som både gikk over tid og som innebar gjennomføring av aktivitetsnotater og intervju. En kan spekulere i om denne personen ville vurdert tilbudet annerledes om det eksempelvis var snakk om en enkeltstående aktivitetsøkt, uten ytterligere forpliktelser. Da jeg ikke fikk en utfyllende forklaring på hvorfor personen ikke ønsket å delta, blir dette kun spekulasjoner.

De fleste deltagerne hadde færre økter enn syv grunnet kort innleggelsestid. Samlet hadde de fleste øktene varighet på mellom 30 og 60 minutter. Fire av deltagerne som deltok i aktivitet ønsket gjennomgående å være med ved første mulighet da de ble spurt. To av deltagerne ønsket ikke alltid å være med da de ble spurt. Dette ble begrunnet med at de var slitne eller ”ikke orket”. Et flertall av deltagerne utførte aktiviteten utendørs, i form av å gå tur.

Å gå på tur var den aktiviteten flest ønsket seg, oftest i naturomgivelser, men andre ganger var også matbutikken målet for turnen. Det ble ikke målt intensitet under datainnsamlingen, men jeg mener det er verdt å nevne at jeg opplevde at deltagerne hadde variert tempo, både seg imellom og fra gang til gang på gåturene. Deltager 6 tok steget videre til joggetur en av øktene, også i naturomgivelser. Deltager 5 var jeg med i svømmehallen, hvor vi svømte ulike svømmearter. Deltager 4 var innendørs begge sine økter. Hun hadde opprinnelig ønske om å være utendørs, men behandlerne ga ikke deltageren tillatelse til å oppholde seg utenfor avdelingen. Etter hennes ønske, ledet jeg henne gjennom to økter med rotasjonsbevegelser i ulike ledd og lett bevegelsestrening.

Enkelte deltagere hadde flere avtaler å forholde seg til, eksempelvis besøk av familie og samtale med behandler, som jeg måtte styre rundt. Det opplevdes ikke som et problem å

finne tid til FA som passet andre avtaler og gjøremål. Jeg opplevde få utfordringer underveis i datainnsamlingen, men noen få var tilstedeværende. Ved et tilfelle opplevde deltager 6 bivirkninger av medisin i form av prikking foran øynene. Dette resulterte i at vi måtte stoppe opp da vi var på joggetur. Hun mente dette kom av medisiner, og var kjent med plagene. Bivirkninger er en kjent utfordring som er dokumentert også av andre studier (Glover et al., 2013; Hodgson et al., 2011; Johnstone et al., 2009). Deltager 3 ga uttrykk for kroppslige smerter i noen tilfeller under aktivitet, og smerter i kroppen var noen ganger også årsaken til at hun takket nei til aktivitet. Kroppslige smerter er også en kjent barriere for mennesker med APL dom er vel dokumentert (Glover et al., 2013; Hodgson et al., 2011; Johnstone et al., 2009). Deltager 1 kviet seg for å gå ut på tur for tredje gang, da han gangen før hadde fått en sterkere følelse av å være innesperret i etterkant av økten. Det kan virke som at den dårlige erfaringen førte til at han ble mindre motivert for aktiviteten. Mangel på motivasjon for FA er også en dokumentert utfordring for deltagelse i studier gjort tidligere (Fraser et al., 2015; Happell et al., 2012; Soundy et al., 2014b). At motivasjon er en prosess, og ikke noe konstant, kan nok være

5.2 Erfaringer og opplevelse av tilbudet

2) Hvilke erfaringer deler deltagerne fra aktivitetstilbudet?

3) Kan Deci og Ryan (2002) sin Basic Psychological Needs Theory og Mjøsund et al. (2015) sin modell av opplevelse av psykisk helse bidra til å forstå og forklare deltagerens erfaringer?

BPNT er veklagt noe mer enn Mjøsund et al. (2015) sin modell av opplevd psykisk helse i diskusjonen av denne oppgaven. Disse to, og annen relevant litteratur, vil bli diskutert opp mot studiens funn basert på deltagerens erfaringer av aktivitetstilbudet.

5.2.1 Opplevde kontekstuelle forhold rundt FA

Erfaringene deltagerne formidlet er i tråd med Basic Psychological Needs Theory (BPNT). I teorikapitlet ble det nevnt at det foreligger en hypotese om at BPNT er universal og dermed uavhengig av alder, kjønn og kulturell bakgrunn, men at hvordan behovene tilfredsstilles kan variere i nokså stor grad på bakgrunn av ulikheter i disse variablene (Deci & Ryan, 2002). Det er grunn til å tro at også psykiske lidelser, som inkluderer psykose, er en slik variabel. Personer som opplever psykose kan ha særegne

ønsker for å tilfredsstill disse behovene på bakgrunn av sin sykdomstilstand. Under vil jeg gi konkrete eksempler på hvordan deltageres erfaringer kan forklares av BPNT, og hvilke erfaringer som kan være gjeldende for denne gruppen.

Tilfredsstillelse av behov for tilhørighet

Det organiserte temaet ”Fast aktivitetsveileder over tid” ser ut til å ligge tett opp til behovet om tilhørighet som beskrives i BPNT. Innledningsvis i denne oppgaven er behovet for tilhørighet beskrevet. Kort oppsummert handler det om å føle tilknytning til andre, bli tatt vare på og føle tilhørighet til andre mennesker (Ryan & Deci, 2007). Følelsen av å være tilknyttet et samfunn er trukket fram som et aspekt i opplevelsen av tilhørighet. Funnene i denne studien ser først og fremst ut til å være rettet mot behovet for tilhørighet til andre mennesker. Det har ikke kommet frem erfaringer som leder direkte til behovet for å føle tilhørighet til samfunnet forøvrig. Dette har en naturlig årsak, da denne studien ikke har lagt opp til å undersøke det samfunnsrettede aspektet av behovet for tilhørighet. Det er likevel rimelig å anta at erfaringene og opplevelsene er preget av den kulturen og det samfunnet deltagerne er en del av. Å være innlagt på lukket avdeling kan være eksempel på et forhold som gjør at deltagerne føler mindre tilhørighet til samfunnet de er en del av. Kanskje kan det å få være i aktivitet ute gjøre at deltagerne føler seg mer tilknyttet eget samfunn. Dette er kun tanker jeg har gjort meg, og vil ikke diskutere dette ytterligere, da data fra denne studien i liten grad ser ut til å berøre samfunnsaspektet direkte.

Erfaringene som har kommet frem som grunnleggende temaer under det organiserte temaet ”fast aktivitetsveileder over tid”, ser ut til å være knyttet til behovet for tilhørighet. Som nevnt tidligere ser de grunnleggende temaene under dette organiserte temaet ut til å ligge svært nære hverandre. En ”relasjon” byr på ”selskap”, og begge disse kan bidra til ”trygghet”. Det å føle tilknytning til noen ble fra deltageres erfaringer tolket som en opplevelse som både kan skje i et kort tidsrom og over tid. En relasjon kan forstås som noe som bygges opp over tid, mens erfaringene om selskap også kunne handle om fysisk nærvær av en annen person. Trygghet ble trukket ut som et eget grunnleggende tema, da det er tolket til å være opplevelsen deltagerne hadde både av selskap generelt og i relasjonen som ble bygd over tid.

Ønsket om ”selskap” var gjennomgående hos samtlige deltagere, og kan være en form for tilfredsstillelse av behovet for å være tilknyttet andre. Deltager 3 beskriver at ”det er veldig viktig å prate med mennesker og ha kontakt”, og kan være en del av å være tilknyttet andre. Deltager 4 beskriver at mellom-menneskelige forhold som innebærer kontakt også bidro til en positiv opplevelse av tilhørigheten hun følte til aktivitetsveilederen. Disse faktorene ser ut til å være noe som er viktig umiddelbart for en god opplevelse av samværet. De mellom-menneskelige faktorene så også ut til å gi en god opplevelse over tid, da deltager 4 også beskriver at hun ble vant til måten aktivitetsveilederen kommuniserte på og at dette ga henne en god opplevelse av trygghet.

Deltager 2 beskriver at ”Det er jo litt kjedelig å gå alene. Det er alltid hyggelig med litt følge”. Ut ifra dette utsagnet kan det virke som om det å gå med eller uten følge ikke gir en nøytral opplevelse i noen av tilfellene. For si det på en annen måte, kan det se ut til at fravær av selskap gir en mindre god opplevelse, og at nærvær gir en bedre opplevelse. Alle deltagerne ga uttrykk for at de i de fleste tilfeller ønsket å være i aktivitet med en annen. Deci og Ryan (2002) viser til et behov for å bli akseptert og å være i en trygg enhet med andre. Opplevelsen av å være del av en enhet kan trolig oppnås både umiddelbart i selve aktivitetsøkten og i en relasjon som utvikles over tid. Begge ser ut til å gi en følelse av trygghet. Opplevelsen av ”å være en del av noe” har tidligere fremkommet som en viktig faktor også for motivasjon for deltagelse i FA for personer med APL (Mason & Holt, 2012). Da BPNT har vist seg å være gunstig for både motivasjon av god kvalitet og psykologisk velvære, er det mulig å se for seg at disse to kan være nærliggende. Flere studier har tidligere funnet at sosial støtte fra helsepersonell er en viktig motivator for deres deltagere skal delta i aktivitet (Carpiniello et al., 2013; Fraser et al., 2015; Hodgson et al., 2011; Ussher et al., 2007).

Det at aktivitetsveilederen kan se ut til å tilby samvær, og er et individ deltagerne opplever å ha kontakt med, kan bidra å tilfredsstille behovet for tilknytning til andre. Da aktivitetsveilederen har kontakt med deltageren over tid, noe som gir mulighet for å bygge relasjon. Behovet for tilknytning vil trolig kunne tilfredsstilles over en lengre periode gjennom samme relasjon.

Deci og Ryan (2002) viser, som tidligere nevnt, til et behov for å ta vare på andre og bli tatt vare på som en del av tilhørighetsaspektet. I denne studien har det i de fleste tilfeller kommet frem erfaringer som belyser behovet for å bli tatt vare på. Deltager 5 beskriver at det å føle at noen er til stede fysisk ved siden av henne gir en trygghet, og kan tolkes som en måte å føle at hun blir tatt vare på. Hun gir også uttrykk for et ønske om å være tilknyttet andre, da hun både ønsker noen i nærheten og det å ha selskap.

Opplevelse av ”trygghet” var et grunnleggende tema som inngikk under det organiserte temaet ”fast veileder over tid”. Trygghet ble tolket til å være viktig for en god opplevelse hos samtlige deltagere. Trygghet kan se ut til å kunne også i mellom-menneskelige forhold, som øyekontakt, rolig stemmebruk og et kroppsspråk som viser engasjement. Verdsettelse av tryggheten en får av å være i relasjon med et annet menneske over tid, ser ut til å være et aspekt som kjennetegner deltagerens positive opplevelse av tilhørighet. Det kan også se ut til at behovet for å bli tatt vare på kan være større enn behovet for å ta vare på andre. Det økte behovet for omsorg kan ha noe med deres spesielle situasjon å gjøre, hvor de er akuttinnlagt med psykose. Det har blitt dokumentert en rekke belastende forhold som kan være gjeldene for personer med psykose som er under behandling (Walton & Madjar, 1999), som trolig vil øke personenes behov for å bli tatt vare på.

Individuell støtte og oppfølging av FA hos mennesker med psykose har tidligere blitt vurdert å være viktig for å oppnå de positive effektene av FA (Mason & Holt, 2012; Soundy et al., 2014a). Positive effekter viser her til bedring av både positive- og negative symptomer, samt hjelpe pasienter å overkomme barrierer for å være i FA (Mason & Holt, 2012; Soundy et al., 2014a). På bakgrunn av ønsket om individuell tilrettelegging som kom frem i denne studien, kan det trolig være fruktbart med en-til-en kontakt. Dette både for å gi tilstrekkelig støtte, slik at en kan skreddersy aktivitetstilbudet til den enkelte. Ved å følge opp hver pasient individuelt, vil en få mulighet til å tilby både individuell støtte, og tilpasse aktiviteten etter den enkeltes behov og forutsetninger.

Tilfredsstillelse av behov for autonomi

Det organiserte temaet ”individuell tilrettelegging” bygget på de to grunnleggende temaene medbestemmelse og passelig utfordring på aktiviteten. Disse to grunnleggende

temaene ser ut til å representere forhold som er svært nærliggende behovet for autonomi og kompetanse (Ryan & Deci, 2000).

Trygghet i relasjonen ser ut til å være en støtte for å tørre å komme med egne meninger om aktiviteten. Williams (2002) gir uttrykk for at tryggheten er grunnleggende for at pasientene skal ha mulighet til å oppleve autonomi i behandlingssammenheng. Behovet for autonomi bekreftes gjennom deltagerens erfaringer med å ha mulighet til å ta egne valg, men må ikke forveksles med total selvstendighet. Dette diskuteres lengre nede. Som Deci og Ryan (2002) beskriver, vil tilfredsstillelse av behovene kunne fremme sunn funksjon, mens mangel på tilfredsstillelse vil føre til redusert funksjon. God opplevelse av å få tilfredsstilt behovet for autonomi, eksempelvis gjennom å få bestemme tempoet i aktiviteten selv, bekrefter BPNT. Deltager 3 understreker også at hun syntes det å bestemme selv er viktig og at hun tror dette er noe alle mennesker opplever som viktig. Deltager 4 hadde et ønske om faste rammer og jeg hadde inntrykk av at hun fikk en bedre opplevelse av å bli møtt på dette. Deltager 3 og 4 beskrev situasjoner fra tidligere i livet hvor de ikke fikk bestemme selv, og mitt inntrykk var at disse situasjonene ble opplevd som ubehagelige for deltagerne. Dette eksemplifiserer negative konsekvenser av å ikke å få oppfylt behovet for autonomi.

Flere av deltagerne hadde ikke klare preferanser for hva aktiviteten skulle gå ut på. Forskjellen på autonomi og selvstendighet er trolig viktig å være oppmerksom på når en organiserer aktivitet for denne gruppen. Williams (2002) understreker viktigheten av å skille mellom disse begrepene når en som helsepersonell bruker SDT (og BPNT) i behandling av pasienter. Pasienter som er under behandling ønsker ikke nødvendigvis å handle på egenhånd, men heller å få råd fra fagpersoner (Williams, 2002). Å tilrettelegge for autonomi betyr med dette ikke at en skal overlate pasientene til seg selv, men forsøke å legge frem sine forslag på en måte som gjør at pasienten internaliserer forslaget, slik at handlingen føles ”riktig” for vedkommende. Deltager 5 forteller om sin erfaring med selvstendighet og autonomi, og forholdet mellom disse. Hun opplever at opplevelsen av å få mulighet til å bestemme selv gjør at hun føler seg mer selvstendig, og med dette mer klar for å komme seg ut av sykehuset. Dette bekrefter hypotesen om at selvstendighet og autonomi ikke er antagonist, men to ulike aspekter av det å bestemme selv. Med utgangspunkt i deltager 5 sin erfaring kan det se ut til at disse to

heller kan ha et ”årsak-virkning”-forhold, da muligheten til å bestemme selv gjør at hun opplever seg selv som mer selvstendig.

Opplevelsen av autonomi belyses videre av deltager 4, som gir klart uttrykk for at hun ikke ønsker å bestemme over aktiviteten selv. Dette er et godt eksempel på hvordan medbestemmelse ikke må forveksles med selvstendighet, slik Williams (2002) beskriver. Hun ønsker en tydelig og forutsigbar leder, og ønsker å følge ”ekspertisen”. Med Williams (2002) sin posisjon, kan vi forklare dette med at pasienter både ønsker og trenger råd fra fagpersoner, og at pasientene sjeldent ønsker å handle helt selvstendig. Andre studier av mennesker med APL har funnet at det å bli ledet av en kvalifisert og velorganisert leder er en viktig forutsetning for å oppnå vedvarende deltagelse i FA for denne gruppen (Hodgson et al., 2011; Stubbs, Vancampfort, et al., 2016; Vancampfort et al., 2016). Støtte fra personale med kompetanse innen FA og trening, som har evne til å fremstå som forutsigbar og velorganisert, kan se ut til å være spesielt fordelaktig for enkelte pasienter ved en akuttpsykiatrisk avdeling.

Til tross for at deltager 4 ikke hadde klare preferanser for detaljer i aktiviteten, hadde både hun og deltager 1 klare formeninger om hva de ikke ønsket å gjøre. Deltakernes erfaringer sammenholdt med komponentene i teorien BPNT (Deci & Ryan, 2002), kan det se ut til at preferanser om hva deltagerne ikke ønsker å gjøre burde rangeres som viktigere enn konkrete ønsker om hva de ønsker å gjøre. Konsekvensene av ikke å få bestemme selv kan føre til uheldig utfall, eksempelvis i form av en mindre god opplevelse og oppleves mer belastende. Da flere av deltagerne gjennomgår behandling mot sin vilje, er det med Deci og Ryan (2002) sin posisjon mulig å anta at deltagerne kan ha noen dårlige opplevelser med innleggelsen generelt der deres autonomi står under press i en del sammenhenger. Aktivitet som byr på mulighet for medbestemmelse kan være en arena for å tilfredsstille behovet for autonomi. Selv når pasientene ikke har klare preferanser for form for aktivitet, vil FA allikevel kunne være en arena hvor de deltar frivillig.

Deltager 1 sin erfaring med det å ha muligheten til å komme ut og bestemme selv kan være spesielt tilstedeværende for pasienter som er akuttinnlagt. Hans opplevelse av å føle seg mer innesperret i etterkant av å være ute å ”kjenne på friheten” problematiserer tilfredsstillelse av behovet for autonomi. I dette tilfellet førte opplevelsen av frihet og

medbestemmelse til en negativt ladet følelse av å være lagt inn på tvang da han kom tilbake til sykehuset. Denne opplevelsen er en realitet en burde være oppmerksom på at kan oppstå for akkurat denne gruppen. Deltager 1 forteller riktig nok om gode erfaringer med aktivitetstilbudet og muligheten til å komme ut ved senere anledninger, men vektlegger at den dårlige opplevelsen meldte seg i et av tilfellene. Det er ikke gitt at den noe ubehagelige opplevelsen skal tolkes rent negativt. Det virket som at disse følelsene også bidro til økt bevisstgjøring av egen situasjon og kunne virke som et utgangspunkt for å snakke om egne følelser rundt innleggelsen for deltager 1. Deci og Ryan (2002) understreker at måten behovene tilfredsstilles på varierer på bakgrunn av ulike parametere. Det faktum at store deler av denne gruppen er lagt inn på tvang er uten tvil et forhold som er styrende for hvordan behovet for autonomi skal oppfylles. Å være bevisst på at opplevelsen av mangel på autonomi kan forsterkes i andre områder av behandlingen, når en får mulighet til å kjenne på følelsen av medbestemmelse gjennom aktiviteten.

Tilfredstillelse av behov for kompetanse

Deci og Ryan (2002) viser til at opplevelsen av kompetanse oppstår når utfordringene i miljøet er godt balansert med individets egen kapasitet. Opplevelsen av å mestre ble ikke vektlagt i veldig stor grad av deltagerne. Deltager 2 gir uttrykk for at aktiviteten ikke var spesielt utfordrende, og at det derfor ikke var noe spesielt å mestre. En mulig forklaring kan være at lite utfordring ikke gir spesielle inntrykk, og at hun derfor, ikke har reflektert spesielt rundt opplevelsen av å mestre. Hun beskriver heller ikke en mindre god opplevelse av å ha for lite utfordring. Jeg tolker derfor dette som at aktiviteten har bydd på passelig utfordring, men var kanskje på grensen mot å være for ”enkel”. Noen av deltagerne delte erfaringer fra tidligere aktiviteter, hvor egen kapasitet ikke var tilstrekkelig til å mestre utfordringen, og hadde ikke gode erfaringer fra disse situasjonene. Deltager 4 og 5 beskriver hvordan det ikke å føle at en mestrer en fysisk aktivitet kan være ganske slitsomt og gir en dårlig opplevelse. Deltager 4 beskrev denne følelsen som både fysisk og psykisk slitsom, mens deltager 5 følte mest på det psykiske. Dette bekrefter nok en gang aspektet ved at fravær av tilfredstillelse av behovene har antagonistiske utfall av velvære og funksjon, slik Deci og Ryan (2002) beskriver alle behovene. Med utgangspunkt i denne gruppen, bør en i forsøk på å tilfredsstille pasientenes behov for å vise kompetanse være mest opptatt av at aktiviteten ikke skal bli for utfordrende. Her kan det se ut til at en heller burde legge inn god margin, slik at

den sikrer at pasienten opplever mestring. Dette på bakgrunn av at deltagerne her ikke uttrykker spesielt dårlige erfaringer med å delta i aktiviteter som er mindre utfordrende og på grensen til ”for enkel”.

En annen forklaring på at mestringen av aktivitet ikke har blitt vektlagt av deltagerne kan være at mestringen av FA ikke var det deltagerne selv var mest opptatte av. Det så nemlig ut til at aktiviteten var kilde til mestring på andre arenaer som ikke var direkte knyttet til aktiviteten selv. Deltager 1 forteller på eget initiativ at han klarte å la vær å kjøpe alkohol i løpet av tiden han var ute og deltager 3 sier hun følte mestring av å gå tur til tross for kroppslige smerter. Når en ved individuell tilrettelegging av FA skal prøve å gi passende utfordringer, gjelder dette ikke nødvendigvis bare utfordringer knyttet til selve aktiviteten alene. Det er nyttig å være oppmerksom på eventuelle utenforliggende utfordringer som følger med aktiviteten. Samtidig kan disse utenforliggende utfordringene også gi pasientene mulighet til å vise kompetanse på andre områder, og tilfredsstillende behovet gjennom mestring av disse. De utenforliggende utfordringene burde vurderes i like stor grad som utfordringene i selve aktiviteten. Det er viktig at begge forhold gir pasienten mulighet til å vise kompetanse, da vi med Ryan og Deci (2000) sin posisjon kan si at vi skal sikre god funksjon hos pasienten, og unngår redusert funksjon.

Flere studier har tidligere funnet at opplevelsen av tilhørighet, autonomi og kompetanse samlet gir økt indre motivasjon for å være i FA hos mennesker med APL (Farholm et al., 2016b; Sørensen, 2006; Vancampfort, De Hert, et al., 2013). Med utgangspunkt i BPNT, er de samme komponentene dokumentert å gi økt psykiske velvære (Deci & Ryan, 2002). Jeg opplever at samtlige deltagere erfarte å få disse behovene tilfredsstillt i noen grad. Kanskje kan økt motivasjon eller økt velvære være en følge av tilfredsstillelse av de tre behovene hos disse deltagerne. Dette blir kun spekulasjoner basert på tidligere forskning som vises til innledningsvis i dette avsnittet.

Utendørsaktivitet

Betydningen av å være utendørs ble beskrevet av samtlige deltakere som viktig for en god opplevelse av aktiviteten. Nettopp for personer innlagt på akuttavdeling kan det være gunstig å utføre FA utendørs, da det ser ut til å være betydningsfullt for god opplevelse. Jeg har inntrykk av at deltagerne syntes det er deilig å komme ut av

sykehuset, og mange beskriver at det å være utendørs gir en økt opplevelse av frihet. Jeg har vurdert om følelsen av frihet kan tolkes i retning av opplevelse av autonomi, da de kanskje i mindre grad hadde følelsen av å bli bestemt over da de var utendørs i ”det fri”. Da det å være utendørs ikke er del av det sosial-kontekstuelle miljøet som denne studien undersøker direkte, vil dette ikke bli diskutert videre. Det er allikevel viktig å påpeke at også det ytre-miljøet kan være viktig for opplevelsen av FA for denne gruppen. Jeg vil heller ikke utelukke at de ytre omgivelsene kan være av betydning for opplevelse av eksempelvis autonomi, da personer på akuttavdeling trolig vil kunne oppleve det å være på lukket avdeling som en begrensning de selv ikke har satt.

5.2.2 Opplevd virkning av FA på psykisk helse

To organiserte temaer danner grunnlag for det globale temaet ”opplevd virkning av FA på psykisk helse”. Disse to er erfaringer som ble tolket som gode og de som ble tolket som mindre gode. De gode erfaringene var i flertall og tydelig uttrykt av deltagerne. Andre studier gjort med personer med psykose og FA, dokumenterer at flertallet av deltagende har hatt positive opplevelser av å være med i FA (Pelham & Campagna, 1991; Pelham et al., 1993; Unger et al., 1992). Forskning som viser til mindre gode utfall av FA for personer med psykose ble ikke identifisert i mitt litteratursøk. Da sistnevnte studier viser til ”flertallet”, og ikke ”alle”, er det grunn til å tro at noen har likevel hatt mindre gode opplevelser. De samme studiene (Pelham & Campagna, 1991; Pelham et al., 1993; Unger et al., 1992). har funnet en trend for økt energinivå som følge av FA, som også er en av de erfaringene som kom frem i denne studien og utgjør et grunnleggende tema under det organiserte temaet ”gode opplevelser”. De overnevnte studiene har dog hatt lengre intervensjonsperioder, og blitt utført sammen med pasienter som ikke er akutt innlagt. Med bakgrunn i funnene i denne studien kan det være grunn til å tro at disse positivt opplevde konsekvensene også er gjeldende for kortere perioder med FA og for pasienter i en mer akutt fase av sin lidelse. For denne gruppen er det dog viktig å være oppmerksom på og ta hensyn til de eventuelle negative sidene ved det å være i aktivitet, og at en må vurdere balansen mellom de gode og mindre gode konsekvensene FA har hos den enkelte pasient. Som tidligere nevnt opplevde også en av deltagerne at økt energinivå, som ofte blir omtalt som noe positivt, kunne øke i så stor grad at det ble opplevd som en mindre god opplevelse. Særlig kan dette være aktuelt for pasienter som opplever mani eller hypomani der det er terapeutisk å redusere aktivitetsnivået. Det at FA ble opplevd å erstatte andre behov var også et

grunnleggende tema under ”gode opplevelser”. To kvalitative oversiktsartikler (Mason & Holt, 2012; Soundy et al., 2014a) har begge funnet at FA kan bidra til å flytte fokus bort fra positive symptomer. Fokus-bytte eller distrahering som følge av FA kan være en mulig forklaring på deltagerens opplevelse av at aktiviteten erstatter andre behov de har.

Mjøsund et al. (2015) har utarbeidet en modell som illustrer fire domener hun fant influerte opplevd psykisk helse.. Disse var relasjonelle opplevelser, kroppslige opplevelser, engasjerende opplevelser og følelser. Å være i aktivitet og kjenne at en har en kropp som fungerer påvirker positivt ens opplevelse av psykiske helse. Informantene i Mjøsund et al.(2015) sin studie beskriver en energiopplevelse som kan variere mellom utmattelse og vitalitet, og som henger tett sammen med deres opplevde psykiske helse. Økt energinivå var en positiv erfaring knyttet til FA som samtlige deltakere i min studie beskrev. Det kan se ut til at flere av erfaringene fra FA gir positive opplevelser innenfor disse emosjonelle, fysiske, sosiale og spirituelle domene. Å være i aktivitet sammen med en aktivitetsleder legger til rette for både kroppslige og relasjonelle opplevelser som kan styrke opplevd psykisk helse. En av deltagerne opplevde FA som en mulighet til å føle mestring til tross for somatiske smerter..

Deltakerne i min studie trakk frem viktigheten av forskjellige naturopplevelser som fulgte med det å være i bevegelse ute. Disse engasjerende erfaringene kan forstås som opplevelser innen det spirituelle området. Noen beskrev natur som en lidenskap, mens andre beskrev sanseopplevelser som å se blomster, høre fugler og kjenne frisk luft. Dette kan forstås som opplevelser innen det spirituelle domene (Mjøsund et al., 2015). Med utgangspunkt i dette, kan erfaringene tolkes som at opphold utendørs i natur, i forbindelse med aktivitet, kan være med på å gi en bedre opplevelse av psykisk helse. Å delta i meningsfulle aktiviteter ser ut til å være viktig for å styrke en opplevelse av god psykisk helse hos mennesker med APL (Mjøsund et al., 2015). Med utgangspunkt i de gode erfaringer og positive holdninger til FA deltakerne i denne studien formidler, kan jeg også gjøre meg tanker om at FA kan være en slik meningsfull aktivitet som fremmer god psykisk helse. Sammenholder vi erfaringene fra denne studien med forholdene Mjøsund et al. (2015) beskriver i sin modell om opplevd psykisk helse, kan en hevde at FA basert på BPNT har et potensiale for å bedre opplevelsen av psykisk helse for akuttinnlagte pasienter med psykose.

Avslutningsvis for diskusjon av funn vil jeg kort nevne det siste globale teamet ”holdninger til FA”. Som tidligere nevnt er ikke dette vektlagt i denne oppgaven. Det er likevel viktig å nevne at disse holdningene er tolket som meninger deltagerne har om FA og aktivitetstilbudet på mer generell basis. Disse holdningene kan anses som en del av deltagerens forforståelse, og vil kunne farge deres opplevelser og erfaringer som er undersøkt i denne studien.

5.3 Styrker og begrensninger

Denne studien har sine styrker og begrensninger. Først vil jeg vurdere forhold knyttet til meg selv som forsker og valg jeg har tatt gjennom forskningsprosessen. Deretter vil jeg belyse forhold knyttet til deltagerne.

5.3.1 Åpen tilnærming

Å gå aktivt inn i studien med en åpen tilnærming gjorde at jeg i mindre grad begrenset innholdet til min egen forforståelse og de funnene jeg trodde jeg ville finne, men ga rom for å utforske og oppdage uforutsette aspekter. En åpen tilnærming tillot eksempelvis aspektet med natur å tre frem som viktig for tilrettelegningen av FA, til tross for at dette ikke var en del av det sosial-kontekstuelle miljøet. Dette anser jeg som en styrke for studien.

5.3.2 En person til alle roller

Det at jeg gjennomførte både aktiviteten og foretok intervjuene gjorde at det var lett å holde oversikt og jeg hadde selv full kontroll på all logistikk. Dette gjorde også at jeg fikk et nært forhold til mine forskningsdata. Min tilstedeværelse under aktiviteten og mine erfaringer fra gjennomføringen ga meg en stor fordel da jeg senere skulle tolke deltagerens opplevelse. Jeg hadde sett samtlige deltagere i FA, deres reaksjoner, holdninger og også små deler av hverdagen deres inne på sykehuset. Dette bidro som en ekstra dimensjon til fortolkningen i analysen, som kan ha gjort sannsynligheten større for at jeg tolket deres erfaringer i tråd med deres opplevelser. En ulempe ved dette er at mine erfaringer og opplevelse av deltagerne ikke nødvendigvis er lik deres egen, som kan gjøre at min forforståelse og mitt minne kan virke på funnene i større grad enn ønskelig. Allikevel har jeg ansett min tilstedeværelse i alle roller som en styrke, da fortolkning er en viktig del av analysearbeidet. Min erfaring fra de ulike rollene gir meg et bedre utgangspunkt for å forstå erfaringene, og er en styrke på bakgrunn av at jeg har

valgt en kombinasjon av fenomenologisk- og hermeneutisk tolkningsform. Deltagelsen min i datainnsamlingsperioden gjorde det lett for meg å spørre om enkelthendelser jeg var spesielt nysgjerrig på. Relasjonen som ble bygget opp i forbindelse med min deltagelse var en klar fordel for å komme inn på deltageres erfaringer og refleksjoner i dybdeintervjuene.

5.3.3 Data utenfor de globale temaene

Et globalt tema kalt ”diverse” ble kuttet fra funnene. Under analysen ble det laget et eget globalt tema som ble kalt ”diverse”. Her ble alle kodene som ikke passet inn under de andre globale temaene plassert. Denne temagruppen ble ikke tatt med i analysene for å begrense oppgavens omfang. Disse kodene hadde tilsynelatende lite til felles og var lite omfattende i datasettet. Det var med dette ikke grunnlag for å danne organiserte- og globale temaer. En mulig begrensning kan være at jeg har oversett potensielle sammenhenger eller aspekter som kunne utfylt funnene i denne studien.

5.3.4 Definisjoner og begreper

Definisjons- og begrepsavklaringer som er benyttet i studien vil kunne være av betydning for analyser og dermed funn. En begrensning ved denne studien er blant annet et noe uklart skille mellom psykisk velvære og psykisk helse.

5.3.5 Recall bias

Recall bias, gjengivelses problematikk, er en mulig utfordring i kvalitativ forskning. I et intervju er det en muligheten for at deltageren husker mindre enn det vedkommende opplevde i en gitt situasjon, eller at vedkommende helt enkelt husker feil (Coughlin, 1990). Dette er en potensiell svakhet ved å benytte intervju som datainnsamlingsmetode. Aktivitetsnotatene bidro dog til å sikre minne om noen av de store linjene av opplevelsen, og detaljer rundt aktiviteten som kunne hjelpe deltagerne og intervjueren å huske. Dette bidro trolig til å styrke studien.

5.3.6 Antall deltagere

Fem deltagere delte sine erfaringer gjennom dybdeintervjuer i denne studien. For å vurdere om dette har vært et hensiktsmessig antall deltagere, har jeg tatt utgangspunkt i Malterud, Siersma og Guassora (2016) sin modell for informasjonsstyrke. Denne modellen er et verktøy som skal hjelpe kvalitative forskere å ta stilling til hvor stort

utvalg de trenger til sine undersøkelser. Informasjonsstyrke beregnes på bakgrunn av fem forhold, hvor høy styrke rettferdiggjør et lavt antall deltagere, og lav styrke krever flere deltagere (Malterud et al., 2016). Forfatterne argumenterer for at studier med smale problemstillinger, som undersøker en spesifikk gruppe og er basert på teori kan rettferdiggjøre å ha færre deltagere (Malterud et al., 2016). Sistnevnte forhold resulterer i at hver deltager vil kunne gi mye nyttig informasjon om det som undersøkes, og deltagerne har med dette stor informasjonsstyrke.

Den første delen av problemstillingen i denne studien er relativt smal, og få deltagere er tilstrekkelig for å besvare denne. Den andre delen av problemstillingen er noe bredere, som kan vurderes som grunnlag for at noen flere deltagere med fordel kunne blitt inkludert. Som tidligere påpekt, kan opplevelsen av psykose variere i stor grad mellom individer (Hummelvoll, 2012) og deltagerne er forskjellige også på andre områder utover sykdom. Dette kan være et argument for at studien kunne vært rettet mot et bredere utvalg. Gruppen har likevel to viktige fellestrekk ved å være på lukket avdeling og ha symptomer på psykose. De to sistnevnte forhold er svært spesifikke i henhold til forskningsspørsmålet, og med dette en styrke som kan rettferdiggjøre bruk av få deltagere. Da denne studien har et teoretisk utgangspunkt for metode og analyse, kan jeg med Malterud et al. (2016) sin posisjon argumentere for at et lite utvalg er hensiktsmessig på bakgrunn av den valgte tilnærmingen i denne oppgaven. Valg av analysemetode er også av betydning for hvor stort utvalget burde være. Benyttes en dyptgående analyse, er det hensiktsmessig med få deltagere (Malterud et al., 2016). Analysen valgt i denne studien er relativt dyptgående, men ikke av de mest ekstreme. Jeg har fått kartlagt noen opplevelser og erfaringer, men trolig ikke hatt nok deltagere til å vise det reelle mangfoldet.

Malterud et al. (2016) hentyder avslutningsvis at kvalitet på dialogen under intervjuene er et avgjørende forhold for informasjonsstyrken. Flere forhold har innvirkning på dialogens kvalitet, men jeg har valgt å fokusere på kun noen utvalgte. Forhold som styrket dialogkvaliteten i intervjuet var en god kjennskap til deltagerne på bakgrunn av aktivitetsøktene, mulighet til å tolke kroppsspråk og pilotintervjuene som ble gjort i forkant, da det ga meg rom for å reflektere og justere egen intervjuteknikk. Tre forhold knyttet til intervjuene i denne studien er redegjort for under, da disse var spesielt

fremtredende hos utvalget, og kunne eventuelt talt for nødvendigheten av et større utvalg.

5.3.7 Språkbarriere

Enkelte av deltagerne hadde minoritetsbakgrunn og et annet morsmål. Dette preget språket i svarene, og det var til tider utfordrende å forstå hva disse deltagerne prøvde å formidle. Det er muligheter for at dette kan ha påvirket mine tolkninger av deltagerens erfaringer i analyseprosessen, eller resultert i at jeg gikk glipp av informasjon. På bakgrunn av dette kan informasjonsstyrken ha blitt noe redusert, og det kunne det vært fordelaktig å intervju flere deltagere.

5.3.8 Deltagere med psykose

Å intervju personer med psykose ga innsyn i deres opplevelse av FA under akuttinnleggelse. Svakheten er at denne tilstanden ofte medfører opplevelser som kan forstyrre deltagerens opplevelse av aktiviteten. På en side er dette greit, da vi er ute etter opplevelsen de har i den aktuelle situasjonen, inkludert symptomene det innebærer. På den andre siden kan en psykose føre til usikkerhet om hvorvidt deltagerne fremstiller sin faktiske opplevelse. Det at deltagerne har symptomer på psykose kan med dette være til stor fordel, men samtidig en mulig ulempe, for informasjonsstyrken. Typiske forstyrrende symptomer kan være vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, hallusinasjoner og generell uorganisert adferd (Ilnér, 2012), som kan gjøre at deltageren kan ha en forvridd oppfattelse av aktiviteten. Andre symptomer som apatisk adferd og manglende evne til å føle glede, kan gjøre det vanskelig for dem å kjenne på sin egen opplevelse. Assosiasjonsforstyrrelser, utfordringer med å finne ord og kontaktvansker kan gjøre det mer utfordrende å beskrive egne erfaringer da formidlingsevnen er nedsatt. Hvilke av disse symptomene som forekommer, og i hvor stor grad, er avhengig av psykosens årsak og kan også variere innenfor et relativt kort tidsintervall (Ilnér, 2012). Nedsatt kognitiv funksjon generelt kan utfordre blant annet hukommelsen. Aktivitetsnotatene var ment som en hjelp for å minnes opplevelsen om deltageren skulle være dårlig kognitivt fungerende under intervjuet.

5.3.9 Medisinpåvirkning

Medisiner kan ha påvirket deltagerne på ulike måter. Noen antipsykotiske medikamenter virker på positive symptomer og kan med dette gjøre deltagerne mer

tilgjengelige for psykososiale tiltak og kommunikasjon (Ilnert, 2012). Dette vil kunne øke informasjonsstyrken, og være en fordel for intervju situasjonen. Medisinene kan gjøre at deltagerne lettere organiserer egne tanker, får kontakt med egne følelser og meg som intervjuer. Andre medisiner kan virke sederende og gjør pasienten søvnnig, noe som kan redusere kvaliteten på intervjuet. Grunnet personvern kunne jeg ikke hente ut informasjon om medisiner, men kun spørre dem om hvilke medisiner de tok. Flere av deltagerne slet med å huske hvilke medisiner de inntok, og det ble derfor vanskelig å følge dette opp. Medisinbruk er derfor beskrevet relativt overfladisk. Liten kjennskap til deltagernes medisinbruk er en begrensning for studien, da deltagernes opplevelse kan være noe påvirket av bruken.

5.4 Betydning for praksis

Personer med psykose som er innlagt på lukket akuttpsykiatrisk avdeling kan og bør være i FA, gjerne utendørs i naturomgivelser hvis mulig, da dette ser ut til å fremme gode opplevelser. FA er ikke nødvendigvis egnet for alle pasienter i den akutte fasen, og avhenger av psykosens egenart hos den enkelte og behandlers vurdering. På bakgrunn av en behandlingssituasjon som ofte innebærer medisiner, bør helsepersonell være oppmerksomme på eventuelle bivirkninger som kan ha betydning for å være i FA. Bivirkninger trenger ikke nødvendigvis være et hinder for aktivitet, for aktivitet kan tilpasses i mange tilfeller.

På bakgrunn av funnene i denne studien kan det se ut til at BPNT er et gunstig utgangspunkt for praktisk tilrettelegging av FA for denne gruppen. Helsepersonell bør kjenne til den potensielt gode opplevelsen pasientene kan få av å være i FA om de tre psykologiske behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet tilfredsstilles. Ansatte ved akuttpsykiatriske avdelinger står i en naturlig posisjon til å være den nøkkelpersonen i pasientenes sosiale miljø, som Deci and Ryan (2008) mener er avgjørende, for å legge til rette for tilfredstillelse av behovene og oppnå de gode opplevelsene som økt motivasjon og velvære.

Et sosialt miljø som hindrer tilfredstillelse av behovene er dokumentert å føre til redusert motivasjon og velvære (Deci & Ryan, 2008), og funn i denne studien tolkes som at denne gruppen er spesielt vulnerable på situasjoner hvor behovene undergraves. Helsepersonell bør derfor strebe for at slike situasjoner ikke oppstår i forbindelse med

FA, eller i behandlingssituasjonen i det hele tatt. Jeg vil avslutte med å bevisstgjøre ansatte i akuttpsykiatriske avdelinger på at andre forhold knyttet til aktiviteten, utover aktiviteten i seg, kan innvirke på behovene i både positiv og negativ retning. Disse forholdene vil trolig variere pasienter i mellom, og er viktige å erkjenne og ta hensyn til ved tilrettelegging av FA. Iverksetting av disse oppfordringene vil trolig kreve gode sosiale ferdigheter hos de ansatte, engasjement, samt kunnskap om organisering av FA og kjennskap til BPNT.

I praksis kan behovet for autonomi tilfredsstilles gjennom medbestemmelse om form for aktivitet innenfor rammene gitt av avdelingen. Helsepersonell bør være oppmerksom på at enkelte kan oppleve å føle mer frustrasjon over å være lagt inn på tvang etter å ha vært ute og opplevd en følelse av frihet i forbindelse med aktivitet. Noen pasienter ser ut til å ha et behov for forutsigbarhet og en tydelig plan som helsepersonell kan bidra med. Det er viktig å huske at autonomi ikke betyr at pasienten skal handle selvstendig. Helsepersonalet kan gjerne ta mye initiativ til for å planlegge og lede aktiviteten, så lenge en forsikrer seg om at aktiviteten ikke oppleves som påtvunget.

For å oppnå opplevelse av kompetanse er det viktig for helsepersonell å være sensitive for tegn på at pasientene opplever at de ikke mestrer aktiviteten. Det kan se ut til at en aktivitet som er for utfordrende gjør større ”skade” for pasientenes velvære, sammenlignet med aktivitet som oppleves som lite utfordrende. En måte å holde seg oppdatert på kan eksempelvis være å stille spørsmål underveis i aktiviteten eller følge med på pasientens kroppsspråk. Et tips for at pasienten skal oppnå opplevelse av kompetanse kan derfor være å være spesielt oppmerksom på at aktiviteten ikke er for utfordrende, heller litt for enkel.

For å tilfredsstillere behovet for tilhørighet må en som helsepersonell være bevisst på eget kroppsspråk og at en aktivt engasjerer seg i pasienten for å bygge en god relasjon og skape trygghet. Pasientene ønsker selskap og dette oppfyller en som helsepersonell relativt enkelt ved å være psykisk og fysisk tilstedeværende. Her burde en være bevisst på at noen pasienter til tider har et behov for å være alene og respektere dette.

5.5 Konklusjon

Jeg konkluderer med at et aktivitetstilbud kan gjennomføres på en lukket akuttpsykiatrisk avdeling med pasienter diagnostisert med psykose. Ikke alle personer innlagt med psykose ved akuttavdelingen ble vurdert til å kunne delta i aktivitetstilbudet, både på bakgrunn av studiens eksklusjonskriterier og behandlers anbefaling. Dagsform kan ha vært avgjørende for deltagerens ønske om å være i FA. Deltagerne delte erfaringer om kontekstuelle forhold rundt aktiviteten som var viktig for en god opplevelse. BPNT kan bidra til å forklare flere av deltagerens kontekstuelle erfaringer. Den positive betydningen av å utøve aktivitet utendørs for en god opplevelse av aktivitetstilbudet, var et funn som ikke kunne forklares av BPNT. Dermed vil jeg konkludere med at inspirasjon fra BPNT og utendørsfasiliteter med tilgang til natur, kan bidra til å fremme gode opplevelser av FA for denne gruppen. Da det var overvekt av gode opplevelser og erfaringer knyttet til FA, ble aktivitetstilbudet tolket som positivt for deltagerne. Erfaringene kunne relateres til flere forhold som illustreres i Mjøsund (2015) sin modell for psykisk helse, og jeg vil på bakgrunn av dette argumentere for at FA kan bidra til å fremme opplevelse av god psykisk helse for personer med psykose som er innlagt på lukket akuttavdeling.

5.6 Videre forskning

Flere forhold rundt FA for personer med psykose på lukket akuttavdeling bør undersøkes nærmere for å få frem mer kunnskap om denne gruppens opplevelser, og mulige utbytte, av aktivitet. Det er behov for mer omfattende undersøkelser på et større utvalg pasienter, for å kunne si om funnene fra denne studien kan gjelde også for flere pasientgrupper. Det er behov for ytterligere undersøkelse av betydningen av de gode opplevelsene deltagerne formidler i denne studien. Mer nyansert kunnskap om aktivitetstilbud for akuttinnlagte pasienter kan bidra til bedret psykisk helse og økt velvære hos personer med psykiske lidelser.

Betydningen av individuelt tilrettelagt FA, med en fast aktivitetsveileder over tid, kan være positivt for pasienters psykiske helse i sammenheng med innleggelse ved akuttpsykiatrisk avdeling, og burde undersøkes ytterligere. Betydningen av det ytre miljøet kan også se ut til å være av betydning for opplevelsen av aktivitetstilbudet, så fordelene ved å drive FA utendørs med denne gruppen burde også undersøkes nærmere. Aktiviteten så ut til å bringe frem positive opplevelser innenfor ulike domener som er

forbundet med psykisk helse. Forholdet mellom psykisk helse og FA hos pasienter med psykose burde belyses ytterligere. Generelt burde mer forskning rettes mot FA og dens virkning på psykiske forhold hos personer i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern.

Litteraturliste

- Ahlin, G. (1969). *Miljøterapi : gemenskap och behandling - ett alternativ*. Stockholm: Aldus/Bonniers.
- 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.
- APA, A. P. A. (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (Vol. 4). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*, 1(3), 385-405.
- Bahr, R. (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet, Oslo.
- Bechgaard, B. (1992). *Miljøterapi og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag A/S.
- Berger, B. G., & Tobar, D. A. (2001). Physical activity and quality of life: Key considerations. *Handbook of Sport Psychology, Third Edition*, 598-620.
- Biddle, S. J. H., Fox, K., & Boutcher, S. (2003). *Physical activity and psychological well-being*: Routledge.
- Biddle, S. J. H., & Mutrie, N. (2007). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*: Routledge.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., . . . Waugh, R. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic medicine*, 69(7), 587.
- Borge, L., Martinsen, E. W., Moe, T., & Berntsen, R. A. (2011). *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brinkman, S., & Kvale, S. (2015). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*: Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bryant, W., Parsonage, J., Tibbs, A., Andrews, C., Clark, J., & Franco, L. (2012). Meeting in the mist: Key considerations in a collaborative research partnership with people with mental health issues. *Work*, 43(1), 23-31.
- Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. London: Routledge.
- Carpiniello, B., Primavera, D., Pilu, A., Vaccargiu, N., & Pinna, F. (2013). Physical activity and mental disorders: a case-control study on attitudes, preferences and perceived 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.
- Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Scalf, P. E., Kim, J. S., Prakash, R., McAuley, E., . . . Kramer, A. F. (2006). Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(11), 1166-1170.
- Coughlin, S. S. (1990). Recall bias in epidemiologic studies. *Journal of clinical epidemiology*, 43(1), 87-91.
- Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. (2016). Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 588-599.
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer. (2005). Redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning. *De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer*.
- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of personality*, 62(1), 119-142.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*: University Rochester Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 14-23.
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R., . . . Laks, J. (2009). Exercise and mental health: many reasons to move. *Neuropsychobiology*, 59(4), 191-198.
- Drake, R. E., Green, A. I., Mueser, K. T., & Goldman, H. H. (2003). The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community mental health journal*, 39(5), 427-440.
- Ellis, N., Crone, D., Davey, R., & Grogan, S. (2007). Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: a critical review. *British journal of clinical psychology*, 46(1), 95-111.
- Eriksson, B. G., & Hummelvoll, J. K. (2012). Relevans og evidens: Praksisnær og brukerrettet kunnskapsdannelse innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(1), 33-43.
- Erlandson, D. A. (1993). *Doing naturalistic inquiry: A guide to methods*: Sage.
- Farholm, A., Halvari, H., Sørensen, M., & Hynnekleiv, T. (2017). Associations between physical activity and motivation, competence, functioning, and apathy in inhabitants with mental illness from a rural municipality: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 17(1), 359.
- Farholm, A., Sørensen, M., & Halvari, H. (2016b). Motivational factors associated with physical activity and quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Faulkner, G., & Sparkes, A. (1999). Exercise as therapy for schizophrenia: An ethnographic study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21(1), 52-69.

- Firth, J., Carney, R., Jerome, L., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2016a). The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study. *BMC psychiatry*, *16*(1), 36.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychol Med*, *45*(7), 1343-1361. doi: 10.1017/S0033291714003110
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016b). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 1-13.
- Fraser, S. J., Chapman, J. J., Brown, W. J., Whiteford, H. A., & Burton, N. W. (2015). Physical activity attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness. *International journal of mental health nursing*, *24*(5), 413-420.
- Fredheim, K. N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *46*(2), 161-167.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior*, *26*(4), 331-362.
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational research: An introduction*. White Plains, NY: Longman.
- Gard, D. E., Fisher, M., Garrett, C., Genevsky, A., & Vinogradov, S. (2009). Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia research*, *115*(1), 74-81.
- Glover, C. M., Ferron, J. C., & Whitley, R. (2013). Barriers to exercise among people with severe mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(1), 45.
- Gorzynski, P., & Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *The Cochrane Library*.
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012). Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness. *Mental health and physical activity*, *5*(1), 4-12.

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Tråd i kraft: 01.09.2009, sist endret 01.07.2017 (2008).

Herman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. *Geneva: World Health Organization*.

Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D. A. N., Asai, I., . . . Ndeti, D. M. (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.

Hirsch, M. A., Toole, T., Maitland, C. G., & Rider, R. A. (2003). The effects of balance training and high-intensity resistance training on persons with idiopathic Parkinson's disease. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 84*(8), 1109-1117.

Hodgson, M. H., McCulloch, H. P., & Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Mental health and physical activity, 4*(1), 23-29.

Holley, J., Crone, D., Tyson, P., & Lovell, G. (2011). The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review. *British journal of clinical psychology, 50*(1), 84-105.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : synspunkter på psykiatrisk sykepleie* (7 ed.). Oslo: Gyldendal.

Hummelvoll, J. K., & Barbosa da Silva, A. (2012). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. In J. K. Hummelvoll (Ed.), *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.

Ilner, S. O. (2012). *Akuttpsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ives, J., Damery, S., & Redwod, S. (2013). PPI, paradoxes and Plato: who's sailing the ship? *Journal of medical ethics, 181-185*.

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.

Jensen, P. (2012). Relasjonsmodellen. In J. K. Hummelvoll (Ed.), *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.

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.

Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. (2009). Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 18(6), 523-532.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Well-being: Foundations of hedonic psychology*: Russell Sage Foundation.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43(2), 207.

Keyes, C. L. M. (2014). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture *Bridging Occupational, Organizational and Public Health* (pp. 179-192): Springer.

Keyes, C. L. M., & Anderson, N. B. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. *American psychologist*, 62(2), 95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95

Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371.

Kimhy, D., Khan, S., Ayanrouh, L., Chang, R. W., Hansen, M. C., Lister, A., . . . Bartels, M. N. (2015). Use of active-play video games to enhance aerobic fitness in schizophrenia: feasibility, safety, and adherence. *Psychiatric Services*, 67(2), 240-243.

Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Bartels, M. N., Armstrong, H. F., Ballon, J. S., Khan, S., . . . Lister, A. (2015). The impact of aerobic exercise on brain-derived neurotrophic

factor and neurocognition in individuals with schizophrenia: a single-blind, randomized clinical trial. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 859-868.

Kramer, A. F., & Erickson, K. I. (2007). Effects of physical activity on cognition, well-being, and brain: Human interventions. *Alzheimer's & Dementia*, 3(2), S45-S51.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landers, D. M., & Arent, S. M. (2001). Physical activity and mental health. *Handbook of sport psychology*, 2, 740-765.

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), e67133.

Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., . . . Altshuler, K. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(2 SUPPL.).

Lemyre, P.-N., Treasure, D. C., & Roberts, G. C. (2006). Sport psychology. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 28, 32-48.

Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., & Sartorius, N. (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 317-333.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). California: Sage.

Locke, J. (1824). *An essay concerning human understanding ... added. I. An analysis of Mr. Locke's doctrine of ideas. II. A defence ... concerning personal identity. III. Conduct of the understanding. IV. Reading ... V. Natural philosophy. VI. Common-place book*. New York: Seaman.

- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753-1760.
- Manning, K. (1999). Qualitative Research and Case Study Applications in Education. *Journal of College Student Development*, 40(4), 436.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2014). *Designing qualitative research*: Sage publications.
- Mason, O. J., & Holt, R. (2012). Mental health and physical activity interventions: a review of the qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 21(3), 274-284.
- Meyer, J. M. (2002). A retrospective comparison of weight, lipid and glucose changes between risperidone and olanzapine-treated inpatients: Metabolic outcomes after 1 year. *The Journal of clinical psychiatry*, 63, 425-433.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. California: Sage.
- Mjøsund, N. H., Eriksson, M., Norheim, I., Keyes, C. L. M., Espnes, G. A., & Vinje, H. F. (2015). Mental health as perceived by persons with mental disorders—an interpretative phenomenological analysis study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 17(4), 215-233.
- Morehouse, R., & Maykut, P. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide* (Vol. 6). London: Psychology Press.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of general psychiatry*, 68(10), 1058-1064.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., . . . 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.
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*: Gyldendal akademisk.

- Pasquali, E. A., Arnold, H. M., & DeBasio, N. (1989). *Mental health nursing: A holistic approach*. St. Louis: Mosby.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Pelham, T. W., & Campagna, P. D. (1991). Benefits of exercise in psychiatric rehabilitation of persons with schizophrenia. *Canadian journal of rehabilitation*.
- Pelham, T. W., Campagna, P. D., Ritvo, P. G., & Birnie, W. A. (1993). The effects of exercise therapy on clients in a psychiatric rehabilitation program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 75.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*: Sage.
- Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Trådt i kraft: 2001, sist endret 10.ferbruar 2017 (2001).
- Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., . . . Vellas, B. (2007). Exercise Program for Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease: A 1-Year Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 158-165.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(9), 964. doi: 10.4088/JCP.13r08765
- Roshanaei-Moghaddam, B., Katon, W. J., & Russo, J. (2009). The longitudinal effects of depression on physical activity. *General hospital psychiatry*, 31(4), 306-315.
- Rossman, G. B., & Rallis, S. F. (2003). *Learning in the field: An introduction to qualitative research*. California: Sage.

- Ruud, T., Gråwe, R. W., & Hatling, T. (2006). Akuttpsykiatrisk behandling i Norge—resultater fra en multisenterstudie. *Emergency psychiatric care in Norway—results from a multi center study.* Report(A310).
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2007). Active human nature: Self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health. *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport*, 1-19.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65(3), 529-565.
- Rössler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World psychiatry*, 5(3), 151-157.
- Scheff, T. J. (1975). *Psykisk syk: en sociologisk teori*. København: Gyldendal.
- 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(9), 589-597.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Smith, J. A. (2007). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*: Sage.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and research*. London: Sage.
- Soundy, A., Freeman, P., Stubbs, B., Probst, M., Coffee, P., & Vancampfort, D. (2014a). The transcending benefits of physical activity for individuals with schizophrenia: a systematic review and meta-ethnography. *Psychiatry Research*, 220(1), 11-19.

- Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Hemmings, L., & Vancampfort, D. (2014b). Barriers to and facilitators of physical activity among persons with schizophrenia: a survey of physical therapists. *Psychiatric Services, 65*(5), 693-696.
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. *Preventive medicine, 17*(1), 35-47.
- Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., . . . Yung, A. R. (2016). How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia research, 176*(2), 431-440.
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Richards, J., Soundy, A., . . . Schuch, F. B. (2016). Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: a meta-analysis and meta regression. *Journal of affective disorders, 190*, 457-466.
- Svedberg, P., Jormfeldt, H., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2004). Perceptions of the concept of health among patients in mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing, 25*(7), 723-736.
- Sweeney, A., & Morgan, L. (2009). Levels and stages. In J. Wallcraft, B. Schrank & M. Amering (Eds.), *Handbook of service user involvement in mental health research* (Vol. 6). Chichester: Wiley-Blackwell.
- 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.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (Vol. 2). Bergen: Fagbokforlaget
- Thomas, J. R., Silverman, S., & Nelson, J. (2015). *Research Methods in Physical Activity, 7E*. Champaign: Human kinetics.
- Unger, K. V., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Yelmokas, A. M. (1992). Fitness: A viable adjunct to treatment for young adults with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 15*(3), 21.

- 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.
- Vancampfort, D., Correll, C. U., Probst, M., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Herdt, A., . . . De Hert, M. (2013). A review of physical activity correlates in patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders, 145*(3), 285-291.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Vansteenkiste, M., De Herdt, A., Scheewe, T. W., Soundy, A., . . . Probst, M. (2013). The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 210*(3), 812-818.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Ward, P. B., Probst, M., & Stubbs, B. (2016). Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis. *General hospital psychiatry, 39*, 15-23.
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Venigalla, S. K., & Probst, M. (2015). Adopting and maintaining physical activity behaviours in people with severe mental illness: The importance of autonomous motivation. *Preventive medicine, 81*, 216-220.
- Verhaeghe, N., Maeseneer, J., Maes, L., Heeringen, C., & Annemans, L. (2013). Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of clinical nursing, 22*(11-12), 1569-1578.
- Vestre Viken, e.-H. (2016, 13.10.2016). Akuttseksjon A/B Blakstad. Retrieved 6.1., 2017, from <https://vestreviken.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/psykiatrisk-avdeling-blakstad/akuttseksjon-ab-blakstad>
- Walton, J. A., & Madjar, I. (1999). *Nursing and the experience of illness: Phenomenology in practice*: Psychology Press.
- Watzlawick, P. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development, 17*(2), 110-119.

- WHO. (2009). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO, W. H. O. (1947). Constitution of the world health organization.
- Williams, G. C. (2002). Improving patients' health through supporting the autonomy of patients and providers. Handbook of self-determination research. Edited by: Deci EL, Ryan RM. 2002. USA: University of Rochester Press, Rochester, NY.
- Williams, G. C., Gagné, M., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology, 21*(1), 40.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology, 23*(1), 58.
- Wilson, H. S., & Kneisl, C. R. (1996). *Psychiatric nursing*. Menlo Park: Addison-Wesley, Nursing Division.
- Wind, H. C. (1976). *Filosofisk hermeneutik*. København: Berlingske.
- World Health Organization. (2010). Global recommendations on Physical Activity for health: WHO.
- Øverland, S. S. (2006). *Selvsikading - En praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aadland, E. (1991). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar* (2. utg. ed.). Oslo: Samlaget.

Oversikt over tabeller

Tabell 1 Oversikt over studiens inklusjon- og eksklusjonskriterier.....28

Tabell 2 Gjennomføring av aktivitet.....43

Tabell 3 Utforming av temaer.....55

Oversikt over figurer

Figur 1 Opplevd psykisk helse (Mjøsund, 2017).....	22
Figur 2 Et tematisk nettverk inspirert av Attride-Stirling (2001).....	41
Figur 3 Globale temaer som beskriver funn fra analysene.....	57
Figur 4 Det globale temaet ”opplevde kontekstuelle forhold (...)	58
Figur 5 Det globale temaet "opplevd virkning (...)	65

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Vedlegg 2 – Aktivitetsnotat

Vedlegg 3 – Bakgrunnskjema

Vedlegg 4 – Tilråding fra Personvernombudet Vestre Viken

Vedlegg 5 – Informert samtykke

Vedlegg 6 – Aktivitetsbank

Vedlegg 7 – Eksempel på transkripsjon

Intervjuguide Akutt Aktiv

Denne emnebaserte intervjuguiden har til hensikt å minne forskeren på temaer intervjuet burde belyse. Praktisk informasjon i forkant av intervjuet: bruk av båndopptaker og påminnelse om forhold rundt anonymitet.

Hva motiverte deg til å delta i forskningsprosjektet?

Åpent spørsmål.

Hvordan har du opplevd aktivitetstilbudet du har fått de siste dagene?

Åpent spørsmål, men skal også rettes innom følgende temaer:

Energivå: Inkluderer både fysisk og mentalt energivå som en samlet opplevelse. Brer seg i teorien over de fire domeneene kroppslig, emosjonelt, relasjonelt og spiritielt. En overordnet opplevelse av i hvor stor grad en føler seg opplagt, oppkvikket eller "oppe og nikker". Eventuelt nedstemt, "flate batterier" eller "i kjelleren".

Kroppslig: Hvordan kjennes kroppen under aktivitet? Stabil/ustabil, sterk/svak, avslappet/anstrengt. Endringer i store muskler, i brystet eller andre steder. Stoler deltageren på egen kropp i forbindelse med utføring av aktivitet?

Emosjonelt: Følelser i forkant, underveis eller i etterkant av aktiviteten. Glad, trist, lettet, engstelig, velvære, selvsikker. **Mestringsfølelse? (SDT) ↓**

Kompetanse (SDT): opplevelse av mestring. Aktivitetenes vanskelighetsgrad opp mot deltagerens kompetanse. Mulighet til å vise egen kompetanse. Mestringsfølelse.

Autonomi (SDT): Opplevelse av å bestemme over egne handlinger. Medbestemmelse. Opplevelse av autonomi til tross for eventuell tvangsinnleggelse eller andre rammer bestemt av andre i forbindelse med innleggelsen.

Spiritielt (lidenskap): Betydning av eventuell lidenskap realiseres gjennom aktivitetene. Har noen av aktivitetene betydd ekstra mye for deltageren? Opplevelsen av å eventuelt få "dyrke" denne lidenskapen.

Relasjonelt: Betydning av studentens nærvær underveis i aktiviteten. Betydning av medpasienter eller pårørende deltageren eventuelt har ønsket å ha med på aktivitet. Betydning av avtaler. **Mellommenneskelig kontakt og støtte (SDT: tilhørighet).**

Savnet du noe i forbindelse med aktivitetstilbudet?

Åpent spørsmål.

Hvis du fikk bestemme, hvordan ville aktivitetstilbudet på avdelingen sett ut?

Åpent spørsmål.

Aktivitetsnotat

Deltagernummer: _____

Dato: _____

Form for aktivitet: _____

Varighet: _____

Økt nummer (sett ring): 1 2 3 4 5 6 7

Hvordan opplever du ditt humør nå like etter aktiviteten, sammenlignet med like før?

A) Bedre B) Dårligere C) Uendret

Hvordan opplever du ditt energinivå nå like etter aktiviteten, sammenlignet med like før?

A) Høyere B) Lavere C) Uendret

Opplever du endring i eventuelle symptomer nå, sammenlignet med like før aktiviteten?

A) Forbedret B) Forverret C) Uendret

Opplever du at du mestret aktiviteten vi gjorde i økten?

A) I stor grad B) I middels grad C) I liten grad

Opplever du at du fikk være med på å bestemme innholdet i økten?

A) I stor grad B) I middels grad C) I liten grad

Om du kunne velge fritt, ville du utført aktiviteten vi gjorde i dag:

A) Med studenten B) Uten studenten C) Det samme for meg

Kommentar?

Bakgrunnsskjema

Deltagernummer: _____

Kjønn: Mann Kvinne Annet

Alder: 18 – 30 31 – 40 41 – 50 51 – 60 61 – 70 70 +

Tidligere erfaring med fysisk aktivitet:

Generelt:

Siste året:

Sist deltager var frisk:

(Intensitet, varighet, hyppighet, type aktivitet)

Medisiner (og doser) inntatt under perioden:

Diagnose:

- ~~Affektive lidelser.....~~
- ~~Ulike angstlidelser.....~~
- ~~Ulike psykoselidelser.....~~
- ~~Psykiske lidelser relatert til bruk av rusmidler~~
- ~~Personlighet- og adferdsforstyrrelser.....~~
- ~~Andre psykiske lidelser.....~~
- ~~Ingen andre aktuelle diagnoser.....~~

Utdypende presisjon av diagnosegruppene

Affektive lidelser:

- Manisk
- Bipolar affektiv lidelse
- Depressiv episode
- Mild/moderat depresjon
- Dystymi

Ulike angstlidelser:

- Fobiske angstlidelser
- Panikk lidelser
- Sosial angst
- Tvangslidelse
- Posttraumatisk stress
- Dissosiativ lidelse

Ulike psykoselidelser:

- Schizofreni
- Schizotyp lidelse
- Paranoid psykose
- Schizoaffektiv lidelse
- Ikke-organiske psykoser
- Akutte forbigående psykoser

Psykiske lidelser relatert til rus

- Alkohol
- Legemidler
- Narkotika
- Tobakk
- Andre stoffer

Personlighet- og adferdsforstyrrelser

- Personlighetsforstyrrelser
- Impuls- og vaneforstyrrelser
- Blandede- og andre personlighetsforstyrrelser

Andre psykiske lidelser

- Psykiske lidelser eller diagnoser som ikke passer inn under de overstående kategoriene



Vestre Viken HF - Klinikk for psykisk helse og rus, FoU

Dato: 30.06.2017
Saksbehandler: Henriette Henriksen
Direkte telefon: 41764786
Vår referanse: 16/00117-69 / 000
Deres referanse:

Nina Helen Mjøsund, Sigrid Strøm Olsen

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for «Akutt Aktiv»

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra Personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 5 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud ved Vestre Viken HF, fritatt helseforetaket fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til helseforetakets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Prosjektets formål

Akutt Aktiv vil undersøke hvordan pasienter ved en akuttpsykiatrisk avdeling opplever et tilbud om FA. Kvalitative intervjuer vil bli brukt for å få innblikk i pasientenes opplevelse av egen mentale- og fysiske helse i forbindelse med aktivitetstilbudet. Inntil 5 personer som legges inn med psykose ved en akuttseksjon søkes rekruttert til prosjektet. Aktivitet og datainnsamling vil bli utført under pasientens sykehusopphold. Aktuelle pasienter vil bli klarert samtykkekompetent av spesialist, og signere informert samtykke før deltakelse. Aktivitetstilbudet skal fasilitere opplevelse av autonomi, tilhørighet og kompetanse. Deltakerne fyller ut et kort aktivitetsnotat etter hver økt til hjelp med å huske egen opplevelse. Semistrukturert intervju vil bli gjennomført i etterkant av aktivitetsperioden. Analyse og presentasjon av data vil presenteres i en vitenskapelig artikkel, som utgjør et mastergradsarbeid.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Vestre Viken HF ved administrerende direktør.
2. Avdelingssjef samt klinikkens forskningsansvarlig har godkjent studien.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.

Postadresse:
Vestre Viken
3004 Drammen

Telefon: 03525
Org. Nr: 894.166.762

E-postadresse: postmottak@vestreviken.no
Webadresse: www.vestreviken.no

Vår bank: DNB ASA, N-0021 Oslo, Norway. Kontonummer: 1503.27.06093. IBAN: NO3215032706093, BIC: DNBANOKK



4. Data lagres som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
5. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
6. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
7. Studien er frivillig og samtykkebasert. Innmeldte samtykke benyttes.
8. Krysslisten som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på godkjent filområde.
9. Data anonymiseres ved prosjektslutt 3.7.2018 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med vennlig hilsen

Henriette Henriksen
Personvernombud/Informasjonssikkerhetsansvarlig
Teknologi og eHelse
Intern service

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

AKUTT AKTIV

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt kalt "Akutt aktiv". Vi ønsker å se på hvordan mennesker med psykotiske symptomer opplever et tilbud om regelmessig fysisk aktivitet på akuttpsykiatrisk avdeling. Du blir forespurt om å delta i prosjektet på bakgrunn av at du er innlagt ved Akuttseksjon B på Blakstad med psykose-symptomer, og kan bidra til å gi oss innsyn i din opplevelse og erfaring. Alle kan delta i prosjektet uansett form og tidligere erfaring med fysisk aktivitet.

Hva innebærer prosjektet?

En student fra Norges Idrettshøgskole vil være aktivitetsveileder og følge deg opp med tilbud om aktivitet i cirka en uke. Du vil selv være med på å bestemme aktivitetens form og intensitet innenfor sykehusets rammer og din behandling. Du kan enten velge aktiviteter fra en aktivitetsbank eller komme med egne forslag. Eksempler på aktivitet kan være turgåing, lek med ball, yoga, styrketrening eller enkel gymnastikk på rommet. I etterkant av hver økt skal et avkryssingsskjema fylles ut sammen med aktivitetsveilederen. Her vil du bli spurt om din opplevelse i forbindelse med den aktuelle økten. Etter du har hatt mellom 3-6 økter vil det bli avholdt et intervju, hvor vil du bli spurt om din opplevelse av aktivitetstilbudet. Dette intervjuet vil bli gjort av studenten tatt opp med båndopptaker. **Du vil bli spurt om din alder, ditt kjønn, din diagnose, hvilke medisiner du tar i den kommende uken og tidligere erfaring med fysisk aktivitet.** I tillegg vil studenten registrere hvor ofte du har benyttet deg av tilbudet om fysisk aktivitet, varighet på økten og type aktivitet.

Mulige fordeler og ulemper

Forskning har vist at fordelene ved fysisk aktivitet kan være bedret fysisk- og psykisk form, samt økt trivsel og velvære. Da du i stor grad selv bestemmer hvilken form for aktivitet du ønsker å utføre, har du mulighet til å prøve ut ulike former for fysisk aktivitet eller gjøre noe du vet du liker. Du har med deg studenten som støttespiller i alle økter og du vil kunne få veiledning om trening og aktivitet som du kan ta med deg videre. Vi kan ikke med sikkerhet si at den potensielle positive effekten av fysisk aktivitet kommer umiddelbart over en periode på en uke. Vi vil også minne om at fysisk aktivitet kan oppleves som anstrengende og slitsomt. Det er allikevel grunn til å tro at deltagelsen i dette studiet ikke skal kunne gi deg flere ulemper enn at du bruker din tid på prosjektet. Forsikringsmessig er du fullt ut dekket av pasientskadeloven på vanlig måte.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke ditt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst, uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, **med mindre opplysningene allerede er blitt anonymisert, inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner**. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte studenten, Sigrid. I slikt tilfelle ringer du Akuttseksjon A eller B mellom 08.00 og 15.00 og gir beskjed om at du ønsker å snakke med Sigrid Olsen angående prosjektet, og vedkommende vil ringe deg opp om du ikke kommer i direkte kontakt.
Telefon Akutt A: 66751236 Akutt B: 66751239

Din behandler har anledning til å trekke din deltagelse om han/hun mener din deltagelse ikke er forenelig med overordnet behandling eller av andre medisinske grunner. Du vil ved et slikt tilfelle bli varslet av behandler eller studenten om dette.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene om deg vil bli behandlet uten navn direkte tilknytning til ditt navn og du vil ikke bli identifisert i rapporter eller artikler. En deltagerkode knytter deg til dine opplysninger gjennom en kodeliste. Denne kodelisten vil bli oppbevart i et lukket forskningsdomene på sykehusets server og er kun tilgjengelig for studenten. Annet materiale vil bli låst inn i en safe på din avdeling eller ved sykehusets forskningsavdeling. Din alder vil kunne bli presentert innenfor en aldersgruppe og din diagnose innenfor en diagnosegruppe. Medisinbruk vil kunne komme frem om det anses som relevant for din opplevelse. Aktivitetsnotatet og opplysninger du gir oss om din opplevelse i intervjuet vil kunne brukes i analyser og artikler.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli slettet senest ett år etter studenten har levert sin oppgave og senest innen 03.07.2018. Anonymiserte data vil ikke slettes til et satt tidspunkt.

Godkjenning

Prosjektet er vurdert og tilrådt av personvernombudet i Vestre Viken.

Med vennlig hilsen

Sigrid S. Olsen

Prosjektkoordinator og
masterstudent v/ Norges
Idrettshøgskole

Nina Helen Mjøsund

Prosjektleder og
forskningsleder v/
Forskningsavdelingen i
Vestre Viken

Marit Sørensen

Prosjektmedarbeider og
professor v/ Norges
Idrettshøgskole

Samtykke til deltakelse i Akutt Aktiv

- Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om hva prosjektet "Akutt Aktiv" går ut på og hva det innebærer for meg.
- Jeg har lest informasjonsskrivet og har hatt anledning til å stille spørsmål.
- Jeg samtykker i å delta og vil delta i studien.

Jeg er villig til å delta i prosjektet

AKUTT AKTIV

Sted og dato	Deltakers signatur
	Deltakers navn med blokkbokstaver

Spesialistvurdering av deltagelse er godkjent av

Navn spesialist

Dato og signatur spesialist

Aktivitetsbank Akutt Aktiv

Forslag til gåturer (joggeturer)

- Ned til vannet og opp til stabburet (ca. 800m – 10min)
- Stabburet, skogssti og ned til vannet (ca. 1,7km – 20-30min)
- Til Bunnpris (ca. 2km – 30min)
- Til Shell eller Kiwi (ca. 4-5km – 45min)
- Bort til seilforeningen, opp til Furua og bilveien hjem (ca. 5km – 1time)

Forslag til aktiviteter med ball

- Badminton
- Basketball? ("Først til 21", en mot en)
- Bordtennis
- Fotball ("Danka", "En-sprett", "Trikskongen", ferdighetsløype, skyte på mål)
- Volleyball (Sentre uten berøring til satt antall, øke på slag)
- Lacrosse (Øve på ulike skudd, sentre, ferdighetsløype, skyte på mål)
- Amerikansk fotball (kaste)

Forslag til basistrening

- Rulling og lett tøying av alle ledd
- Aktiv uttøying (dynamisk bevegelsestrening)
- Stabiliserende styrketrening med egen kroppsvekt på matte
- Balansetrening
- Styketrening på treningsrom

Forslag til gruppeaktiviteter

- En-sprett med ball (se ballspill)
- HI-HA-HO
- Kubbe
- Botcha



Intervju med deltager 4

Notater til gjennomlytting

MOTIVASJON TIL DELTAGELSE: god tro på at FA er sunt for psykisk og fysisk helse.

PSYKISK HELSE: FA er en god del av det, det å være ute i frisk luft. De to øktene vi har hatt sammen har holdt henne oppe, i stedet for å få gå ut da hun ikke kan det

JORDING: Uttrykk hun stadig komme tilbake til. Yoga-, gode følelsen. Peger på brystet og nevner solar plexus. Sier at denne muskelen må holdes i bakkekontakt innimellom. Sier den kom av å høre på musikk, følge AV og eget tempo. Smiler når hun snakker om å være jorda. Sier hun har god kontakt med «moder jord» og er født i jomfruens tegn, som er et jordtegn. Følelsen beskriver hun som deilig, det er ikke noe mer man vil ha, livet er perfekt. «Da har man alt man trenger: luft, vann, føde – mer trenger ikke vi mennesker» (...)

Transkripsjon

Intervjuer (spørsmål)	Deltager (svar)
Vi har hatt to økter sammen totalt. Em. Jeg er litt interessert i, som vi snakket om i gangen på vei hit, å høre litt om hvordan du har opplevd denne aktiviteten vi har vært igjennom. Først er jeg veldig interessert i å høre hva som motiverte deg til å si ja til å bli med på prosjektet til å begynne med.	Jeg har veldig god tro på at all fysisk aktivitet er sunt for psykisk og fysisk helse.
Ja.	Uansett.
Hva legger du i fysisk helse?	Ja, bøy og tøy og strekk og hopp, og fram og yoga. Assa, slalom, afterski. Assa alt.
Hehe (ler) Spesiselt afterski kanskje? (Ler)	(Ler) Nei, helst ikke. Det kan vi suse forbi også kjører vi heller forbi og kjøper kaffe og vaffler. (Ler)
Hva med psykisk helse, hva legger du i det? God psykisk helse?	Ja, altså jeg tror, eh, det å være i fysisk aktivitet er en god del av det, enn det og komme seg ut i frisk luft. Noe som jeg ikke har vært siden jeg kom hit. Så har de to øktene holdt meg oppe. Bare som, i stedet for å få lov til å gå, for jeg kan jo ikke gå ut på gresset der, og sitte å lese en bok. Men bare de to øktene vi to har hatt har gjort at jeg har følt at jeg får mer bakkekontakt og jording.
Fortell mer om den følelsen	Altså at det, når du blir gående sånn oppi, for det er jo bare andre eller tredje etasje vi er i nå og det

	er høy akustikk, du hører folk er på stranda, biler som kjører forbi. Jeg er ikke missunnelig, men jeg skulle gjerne vært ute og sitti på gresset jeg og.
Ja.	Og da følte det for meg at du unna meg gleden av å være jorda.
Ja, hvordan er den følelsen «å være jorda».	(Ler)
Hvordan føles det?	Det er den yoga, gode følelsen. Når du føler det inni deg.
Er den i brystet? Du peker på brystet ditt.	Ja, solar plexus kanskje.
Ja, mellomgulvet?	Ja, her.
Ja, hvordan kjennes den når du....	Jeg trenger at den holdes i bakkekontakt innimellom
Hva var det vi gjorde i de to øktene her som gjorde at du følte at den kom i bakkekontakt?	Hørte på musikk. Vi var jo, var veldig greit å følge deg. Veldig fint tempo.
Mhm, så bra.	Eget tempo.
Vi snakket jo nå litt sånn om den fysiske opplevelsen du har hatt. Hvordan kjentes kroppen din når vi holdt på med aktivitet.	Jeg kjente at det er lenge siden jeg har gjort noe. Stiv og støl.
Stiv og støl?	Ja, men mykere... nå.
Etterpå så er du mykere?	Ja, etter kun to økter så er det helt klinkende klart noe man må fortsette med.
Underveis i økta, følte du du ble for eksempel mer anspent eller mer avslappet?	Mer avslappet.
Mer avslappet. Til tross for at vi spente musklene og...?	Til tross.
Hva tror du det kommer av? Har du følelse av hva	Tryggheten med at du har ingen hensikter med å verken putte i meg medisiner eller tvinge meg oppi noe hjørne eller En, vi hadde helt fint rom hver vår intimsone.
Så den...	Tryggheten.
Hva var det jeg gjorde som fikk deg til å føle deg trygg?	Det er vel en nådegave fra Gud du har fått. Å være beroligende, bli hyggelig, jorda menneske.

Ja.	Så heldig er du.
Hvordan er det du, når du sier du opplever meg jorda, hva legger du i det da?	Du har en behagelig måte å prate med mennesker på. Du ser meg rett i øynene. Veldig... og når jeg sier noe så ser jeg du er engasjert.
Ja, så bra. Hvordan påvirker det din opplevelse av aktivitetsøkten?	Da blir jeg tryggere og tryggere
	Og jeg ser når du også har det godt, så kan jeg se at du smiler. Og når du puster og.... Så det blir «fengsjui» av det til slutt, på en måte.
Fengui?	Ja, altså at man er i, ja, balanse.
Ja.	For det er veldig viktig for meg. Balansen.
Hjelper det å se på meg når vi holder på med aktivitet.	Ja, faktisk.
Følge for eksempel. Du har jo fulgt mye etter at jeg har vist litt øvelser, også har vi gjort det sammen, og du har fulgt litt etter.	Med mer. Jeg liker å følge etter.

Fremdriftsplan Akutt Aktiv

Fremgang	Hva	Hvordan	Hvem	Når
Forberedelser	Opplæring	<ul style="list-style-type: none"> Opplæring (4t kurs) av aktivitetsveileder i SDT-metodikk, også kalt Motivational-Physical activity Intervention (M-PAD), som er hentet fra et annet prosjekt om fysisk aktivitet for mennesker med APL, FAFOLK. Temaer vil være: <ol style="list-style-type: none"> Hvordan skape og individualisere/ tilpasse FA for denne pasientgruppen? Hvordan skape og individualisere et miljø som motiverer til FA underveis i et FA-program på bakgrunn av SDT? 	Masterstudent, annet villig miljøpersonale	UKE1 Så fort som mulig etter godkjenning fra REK.
	Informasjonsmøte	<ul style="list-style-type: none"> Bakgrunn, hensikt, metode for prosjektet Spesifikke arbeidsoppgaver og prosedyrer for behandlere 	Masterstudent, behandlere, teamledere ved avdelingen	UKE 1
	Opprigging	<ul style="list-style-type: none"> Sette på plass safe på avdelingsleders kontor Legge ut arbeidsperm og formalitetsperm Henge opp informasjon om prosjektet på miljøpersonalets kontor 	Masterstudent	Uke 1
Rekruttering	Kjennskap til prosjektet	<ol style="list-style-type: none"> Behandlere ser seg ut aktuelle kandidater Masterstudent oppsøker aktuelle kandidater på bakgrunn av pasientliste og oppsøker behandler for samtykkeklarerer 	Behandlere Masterstudent	UKE 2-7 Kontinuerlig fra prosjektstart frem til tilstrekkelig antall er nådd
	Informasjon, informert samtykke og kartlegging	<ul style="list-style-type: none"> Instruktør oppsøker pasienter ut ifra interesselisten. Gir informasjon om prosjektet Gjennomgår informert samtykke med pasienten Svarer på eventuelle spørsmål Ved undertegning: kort prat om tidligere erfaring med FA, ønsker og planlegging av første FA-økt. Signert informert samtykke tas opp til formalitetsperm på avdelingsleders kontor 	Masterstudent	UKE 2-7 Fortløpende etter som deltagerlistene fylles ut.

Datainnsamlingsperiode	Aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> Avtale tidspunkt med pasient og personalet for aktivitet Sørge for å få minimum 3 økter ila en uke, opp til 5 økter. Sørge for at deltagere får utdelt aktivitetsnotat etter hver økt og legge dette i formalitetsperm på avd.leders kontor Gi beskjed til masterstudent når deltagere har gjennomført minimum 6 økter eller er ferdig med perioden på to uker 	Masterstudent/ eventuelt andre instruktører	UKE 2-7 Fortløpende fra informert samtykke er undertegnet
	Oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> Rapportere til masterstudent om pasienter får negative reaksjoner eller angrer sin deltagelse i prosjektet. 	Behandlere, instruktører, miljøpersonale	UKE 2-7
Intervju	Planlegging og gjennomføring av intervju	<ul style="list-style-type: none"> avtale intervjutidspunkter med aktuelle deltagere gjennomføre intervju med båndopptaker båndopptaker oppbevares i safe på avdelingsleders kontor 	Masterstudent/ avdelingens fysioterapeut	UKE 3-7
Etterarbeid	Transkribering	<ul style="list-style-type: none"> Transkribere intervjuer i sykehusets lokaler Tilby pasienter gjennomgang av transkribert intervju Slette båndopptak fortløpende 	Masterstudent	UKE 4-9
	Analysing og fremstilling av data	<ul style="list-style-type: none"> Analyse Utarbeide artikkel 	Masterstudent	UKE 7-16
	Sletting av data	<ul style="list-style-type: none"> Makkulere dokumenter i safe 	Masterstudent	Desember 2022

