

Ida Jarstadmarken

Kva er ein aktiv livsstil for deg?

Ein kvalitativ studie av kva personar med psykoseproblematikk snakkar om når dei snakkar om omgrepet «aktiv livsstil»

Masteroppgåve i idrettsvitskap
Seksjon for idrettsmedisinske fag
Norges idrettshøgskole, 2020

Samandrag

Introduksjon: Menneske med psykose bør i følge Helsedirektoratet (2018) ha tilbud om fysisk aktivitet i behandlingstilbodet sitt, men forskning viser at det er utfordrande å hjelpe pasientar med psykose til livsstilsending (Abed, 2010). Mykje av forskinga som er gjort på psykosepasientar er forankra i eit biomedisinsk paradigme, og det er manglande kunnskap om pasientar sine eigne opplevingar av helse (La, Ungar, Malla, Frankish & Suto, 2014) og fysisk aktivitet i behandling (Borge, 2011). Det å inkludere menneske med alvorlege psykiske lidingar sine eigne opplevde erfaringar, kan utgjere ei viktig og rik kjelde til informasjon om helsefremjande arbeid (Mjøsund, 2017). Ut frå eit helsefremjande perspektiv (Hummelvoll & Dahl, 2012) kan det tenkjast at fysisk aktivitet kan vere noko større enn det definisjonen og nasjonale anbefalingar får fram, og kan romme meir enn berre det fysiske. Omgrepet «aktiv livsstil» nyttast derfor i dette prosjektet, i forsøk på å opne opp for at aktivitet ikkje nødvendigvis treng å innebere fysisk aktivitet.

Forskinsspørsmål: Kva snakkar personar med psykose om når dei snakkar om omgrepet «aktiv livsstil»? På kva måte opplever dei å få støtte ved behandlingstilbodet til å leve den aktive livsstilen slik dei snakkar om det?

Metode: I prosjektet vart det nytta kvalitativ metode og fortolkande fenomenologisk analyse til analyse av datamaterialet. Det vart rekruttert tre deltakarar frå ein institusjon for menneske med psykoseproblematikk. Datainnsamling vart gjort ved bruk av semistrukturerte, gåande enkeltintervju, med bilete som hjelpemiddel i samtalen.

Konklusjon: Ved å spørje deltakarane om deira assosiasjonar til omgrepet «aktiv livsstil» har eg fått fram individuelle, relasjonelle og kontekstuelle meningsdimensjonar ved det å vere i aktivitet. Alle knytte med andre ord ein aktiv livsstil til samanhengar med familie og venner, dyr, stadar og natur. Dette er meningsdimensjonar ved aktiv livsstil som endrar seg for deltakarane, på radikale måtar, når dei blir innlagt under psykisk helsevern. For institusjonar som ønska at pasientane skal oppretthalde aktivitetsnivået sitt, må desse dimensjonane ved å vere aktiv vere adressert og utgjere ein bakgrunn for den tilrettelegginga for aktivitet som skal skje. I tråd med dette har studien fått fram at det å vere innlagt syner seg som ein unntakssituasjon for pasientane, som opplev tilværet som til dels uverkeleg og som å leve på sida av seg sjølv. Dette er sentrale utfordringar for målet om at aktivitet skal inngå som ein del av behandlingstilbodet. Å vere aktiv kan ikkje forståast som eit nøytralt tiltak som tilførast pasienten utanfrå, men som ein integrert del av deira sjølvoppfatning og identitet.

Innhald

Samandrag	1
Forord	5
1.0 Innleiing	6
1.1 Val av tema	7
1.2 Forskingsspørsmål	7
2.0 Bakgrunn	8
2.1 Psykiske lidingar	8
2.2 Psykose	8
2.2.1 Diagnostisering	8
2.2.2 Somatisk- og psykisk helse	10
2.3 Tidlegare forskning	10
2.3.1 Personar med psykiske lidingar si oppfatning av helse og aktivitet i behandling	12
2.4 Psykiatrien si historie.....	14
2.4.1 Institusjonalisering	15
2.5 Psykiatrien i dag.....	16
2.5.1 Helsefremjande arbeid i psykisk helsevern	17
2.5.2 Miljø for personleg- og sosial utvikling.....	18
2.5.3 Menneskesyn i psykiatri og behandling	19
2.5.4 Panoptikon	21
3.0 Teori	22
3.1 Helse	22
3.1.1 Velvære og positiv helse.....	24
3.2 «Aktiv livsstil»	26
4.0 Metode.....	27
4.1 Design	28
4.2 Utval, inklusjonsprosedyre og inklusjonskriterier	28
4.3 Datainnsamling.....	30
4.3.1 Intervju	31
4.3.2 Gåande intervju	32

4.3.3 Bilete som visuelt verkemiddel	32
4.4 Analyse	33
4.4.1 Transkripsjon og kategorisering	34
4.5 Metodiske refleksjonar.....	35
4.5.1 Forsking på eigen arbeidsplass.....	35
4.5.2 Bruk av bilete og gåande intervju.....	37
4.5.3 Studien sin truverdigheit	38
4.6 Etske refleksjonar	40
4.7 Presentasjon av deltakarane	41
5.0 Analyse og funn	44
5.1 Kategoriar	44
5.2 Sitering.....	44
5.3 Bileta.....	45
5.4 Intervjua	48
5.4.1 Aktiv livsstil som omgrep.....	48
5.4.2 Støtte til ein aktiv livsstil.....	51
5.4.3 Relasjonar	52
5.4.4 Å vere på sida av eige liv.....	55
5.4.5 Autonomi og umyndiggjering.....	57
6.0 Diskusjon.....	60
6.1 Ein aktiv livsstil for positiv mental helse	60
6.3 Relasjonell distansering.....	62
6.4 Den gang da, seinare når.....	64
6.5 Fengsla for appelsinar sin rett til å vere ein sitrusfrukt.....	65
6.2 Aktiv livsstil på blå resept.....	67
7.0 Avsluttande refleksjon og konklusjon.....	68
7.1 Styrkar og svakheiter	69
7.2 Praktiske implikasjonar og vidare forskning.....	71
Kjelder	a
Vedlegg 1: Informasjon til institusjonen	i
Vedlegg 2: Informert samtykke.....	iv

Vedlegg 3: Svarbrev frå REK	vii
Vedlegg 4: Svarbrev frå NSB.....	ix
Vedlegg 5: Svarbrev frå NIH sin etiske komitè	xv
Vedlegg 6: Intervjuguide.....	xvi

Forord

Denne masteroppgåva er eit produkt av eitt års arbeid med eit prosjekt, som avslutning på eit masterprogram ved Norges Idrettshøgskule, seksjon for idrettsmedisinske fag. Prosjektet har utgangspunkt i eiga interesse og nysgjerrigheit rundt problematikken, og har vore lærerik og motiverande å jobbe med.

Som sikkert mange med meg kan eg skrive under på at det å produsere ei masteroppgåve er ein langvarig og omfattande prosess. Den endelege oppgåva viser ikkje alle sidespor og blindvegar undervegs, men den viser eit resultat av lang tids utprøving og læring, og er eit produkt eg kjenner meg privilegert over å ha fått moglegheita til å produsere.

Det skal nemnast at oppgåva er skreve i ei tid der verdssamfunnet og Noreg er prega av kaos og uvante tilstandar, som følgje av Covid-19. I forbindelse med gjennomføring av masteroppgåva, har det ført til at eg ikkje har hatt moglegheit til å møte vegleiarane mine fysisk, og heller ikkje hatt tilgang til bibliotek og enkelt litteratur. Heldigvis for digitale løysningar, sit eg igjen med ei oppleving av å ha kome meg fint gjennom, utan at det har hatt særleg betydning for resultatet.

Eg vil med dette takke vegleiarane mine Marte Bentzen og Gro Rugseth for sitt engasjement, gjennomgåande god fagleg og metodisk vegleining, og kreative og motiverande innspel. Eg vil også takke samarbeidande institusjon og dagleg leiar for tillit og løyve til å gjennomføre prosjektet. Spesielt takk også til idrettspedagog ved institusjonen for ein eineståande innsats for at datainnsamling på ein mest mogleg effektiv måte kunne gjennomførast i praksis. Den største takken går til dei modige deltakarane som stilte opp til intervju og gav prosjektet liv.

På min veg mot mastergrad er det også andre som fortener ein takk, for tolmod, støtte og motiverande heiarop undervegs. Takk til sambuar, øvrig familie og nære vener, de veit kven de er

Ida Jarstadmarken

Norges Idrettshøgskole, 04.06.2020.

1.0 Innleiing

Psykiatrien har ein lang historie som utspelte seg frå 1800-talet og fram til rundt 1950 (Borge, 2011; Haave, 2015; Lie, 2009) som viser tider med utbygging av asyl, isolerte pasientar og utprøving av brutale behandlingsmetodar på vegen mot å finne ein «kur» mot «galskapen». Det har vidare vore eit ideologisk skifte i helsevesenet frå 1960-talet og fram til i dag (Drake, Green, Mueser & Goldman, 2003). Dette skiftet inneberer i praksis eit auka fokus retta mot de-institusjonalisering (Forsetlund, Lidal & Austvoll-Dahlgren, 2012; Kolstad & Pedersen, 2009), og å hjelpe pasientar med å handtere sin sjukdom, verte meir sjølvstendige, bygge relasjonar og delta i meningsfulle aktivitetar (Drake et al., 2003). Forsking viser at fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depresjon og angst, auke livskvalitet og ikkje minst gi somatiske helsegevinstar, for personar med alvorlege psykiske lidningar (Alexandratos, Barnett & Thomas, 2012; Faulkner, Gorczynski & Arbour-Nicitopoulos, 2013; Firth, Cotter, Elliott, French & Yung, 2015). Dei mest alvorlege og funksjonsnedsettjande psykiske lidingane er psykoselidingar (Tandon, Keshavan & Nasrallah, 2008). I retningslinjene for behandling av psykoselidingar i Noreg står det at pasientar skal få tilbod om fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2013, 2019). Når det kjem til psykoselidingar, har fysisk aktivitet ingen klar direkte dokumentert effekt på den psykiske lidinga i seg sjølv, men det kan tyde på at fysisk aktivitet kan bidra til å redusere enkelte symptom, og vere ein god metode for å meistre andre (Rosenbaum, Tiedemann, Sherrington, Curtis & Ward, 2014). Blant menneske med alvorlege psykiske lidningar er det færre enn i den øvrige befolkninga, som oppnår minimumsanbefalingane til Helsedirektoratet (2019) for fysisk aktivitet på 150 minutt moderat aktivitet, eller 75 minutt høg-intensiv aktivitet i veka (Roick et al., 2007). Årsakene til det reduserte aktivitetsnivået til menneske med alvorlege psykiske lidningar ser ut til å vere samansette og komplekse. Det kan eksempelvis handle om opplevd mangel på energi og vektauke, og redusert somatisk helse som følgje av medikamentbruk og eit uheldig kosthald (Abed, 2010; Dragatsi & Deakins, 2009; Erdner & Magnusson, 2012; Vancampfort et al., 2013). På ei anna side, viser forskning at dersom menneske med alvorlege psykiske lidningar får eit tilpassa, godt aktivitetsopplegg, kan dei vere like eller meir aktive enn den generelle befolkninga (Farholm, 2017).

1.1 Val av tema

Val av tema er gjort på bakgrunn av eiga interesse for og erfaring på feltet. Eg har dei siste åra, parallelt med studiar, jobba innan kommunalt psykisk helsevern og i bemanna bustad for bebuarar med alt frå lettare til alvorlege psykiske utfordringar. Eg har bakgrunn som idrettspedagog, og dermed kompetanse og kunnskap knytt til samanhengen mellom helse og fysisk aktivitet, ernæring og andre viktige livsstilsfaktorar. Erfaringa og bakgrunnen min har saman vekka ei interesse i meg når det kjem til personar innan psykisk helsevern, livsstil og fysisk aktivitet. Eg har vore nysgjerrig på aktivitetsnivå, kva som skal til for å auke aktivitetsnivået, kva aktivitetar som er populære, kva aktivitetar som er mindre populære, kva rolle vær og vind spelar og kva rolle den tilsette som skal motivere til aktivitet spelar. Eg har vore nysgjerrig på kva eg kan gjere for å motivere, og i kva grad vert det lagt til rette for pasientane for å drive fysisk aktivitet innan psykisk helsevern. Det er med andre ord ei rekkje spørsmål som kunne vore interessant å finne svar på.

1.2 Forskingsspørsmål

Etter å ha avgrensa interessefeltet har eg komme fram til at det i denne studien er ynskjeleg å komme i kontakt med personar med psykoselidingar for å undersøkje kva ein aktiv livsstil kan innebere for dei, og på kva måte dei opplever at dei får støtte av helsepersonell ved institusjonen dei er innlagt på, til å leve slik. Naturvitskapen hevdar, som vi skal sjå dømer på utover i oppgåva, at personar med psykose tidvis har mangel på realitetsinnsikt, og skil på så måte mellom personar med psykose sin «uriktige» verkelegheit og våre friske sin «riktige» verkelegheit. Eg er oppteken av menneske bak diagnosen og bak alle symptom og utfordringar. Eg er oppteken av at pasientar skal oppleve at dei har autonomi og ei eiga stemme, og blir møtt på eigne ønsker og behov. Det er derfor det med dette prosjektet er ynskjeleg å undersøkje verkelegheita til personar med psykose, og gå i djubda på deira erfaringar og opplevingar. Eg ynskjer å opne opp for pasienten sin livsverd og realitet, og ta ein posisjon der eg undersøker verkelegheita til den enkelte, som ein verkelegheit. Forskingsspørsmålet ser dermed ut som følgjer:

Kva snakkar personar med psykose om når dei snakkar om omgrepet «aktiv livsstil»?

På kva måte opplever dei å få støtte ved behandlingsinstitusjonen til å leve den aktive livsstilen slik dei snakkar om det?

2.0 Bakgrunn

2.1 Psykiske lidningar

Psykiske lidningar kan definerast som avvik frå kulturelle og statistiske normer, eller som subjektivt ubehag og ei lidning som gir funksjonstap (Kennair & Kleppestø, 2016). Psykiske lidningar er eit paraplyomgrep på ei rekkje diagnosar og tilstandar. Her føreligg ein kort oversikt over dei mest vanlege og dei mest funksjonsnedsettjande lidingane innan psykisk helse, sett frå eit medisinsk perspektiv.

Blant psykiske lidningar er depressive lidningar og angstlidningar dei mest vanlege, med ein livstidsprevalens på høvesvis 18 % og 28,8 % (Nysæter & Walvig, 2016; Solem, Nilsen & Vogel, 2016). Meir sjeldne, men langt meir alvorlege psykiske lidningar er schizofreni og bipolar lidning (Hagen & Kennair, 2016). Dei medisinske kriteria for å definere ei psykisk lidning som alvorleg kan baserast på diagnosar som gir store affektive, paranoide, organiske eller psykotiske lidningar - eller som fører til eksempelvis kroniske personlegdomsforstyrningar, kraftig nedsett funksjonsevne i dagleglivet og varigheit på behandling som repetitivt går over lengre periodar og påverkar den normale livssituasjonen (Slade, Powell & Strathdee, 1997).

2.2 Psykose

Psykose blir innanfor eit medisinsk perspektiv kategorisert som ei alvorleg psykisk lidning, og vert av Løberg og Johnsen (2016) karakterisert som ein tilstand med realitetsbrest i fortolking av omgivningar og av egne tankar og opplevingar. Mellom normal tenking og denne psykotiske verkelegheitsforståinga er det eit kontinuum der mange kan variere i grad av psykose (Løberg & Johnsen, 2016). Denne kontinuumstenkinga inneberer også at psykose normalt utviklar seg over tid, noko som kan gjere det vanskeleg å oppdage ein psykose under utvikling. Å gå lenge med ein ubehandla psykose kan gje ein dårlegare prognose og større sannsyn for eit kronisk sjukdomsforløp (Hegelstad m.fl, referert i Løberg & Johnsen, 2016).

2.2.1 Diagnostisering

Det å kategorisere psykiske lidningar i diagnosar kan vere både fordelaktig, men også skape utfordringar. Fordelar forbunde med diagnostisering kan vere at behandling enklare kan tilpassast, samt at diagnosane er ein terminologi som kan lette kommunikasjon mellom ulike

aktørar i tenesteapparatet. Utfordringar knytt til diagnostisering er at menneske bak diagnosen kan verte oversett og redusert til berre ein diagnose (Kennair & Kleppestø, 2016). Dette kan føre til utilstrekkeleg og forenkla behandling. Når det er sagt, kan diagnostisering fungere rettleiande i ein behandlingssituasjon (Kennair & Kleppestø, 2016).

Tidleg diagnostisering vert sett som viktig og kan vere avgjerande for sjukdomsløpet og behandlingsforløpet til den enkelte. Likevel er det viktig å vere bevist at diagnosar er ferskvare, og at det er sentralt å revurdere diagnosar når det er hensiktsmessig, for å unngå at behandlinga vert innskrenka og personlege og psykologiske eigenskapar vert oversett (Løberg & Johnsen, 2016). Til tross for at symptom på psykose kan opptre ulikt frå individ til individ, eksisterer det diagnosar som baserer seg på generelle symptom, som eit nødvendig verktøy i psykisk helsevern for å kunne starte opp med behandling, kommunisere med brukar og pårørande, samt kommunisere med andre fagfolk (Løberg & Johnsen, 2016).

Symptom på psykose kan delast i positive og negative symptom (Løberg & Johnsen, 2016). Positive symptom representerer eit tillegg av noko som til vanleg ikkje er der. Dette er symptom som følgje av forstyrringar i sansing som hallusinasjonar, eller fastlåste og feilaktige endringar i tankeinnhald, som vrangførestillingar (Løberg & Johnsen, 2016). Negative symptom representerer reduksjon eller tap av normale funksjonar. Dette kan vere symptom som affektmattheit (nedsett kjenslemessig reaksjonsevne), apati (tap av motivasjon, manglande entusiasme og engasjement) tilbaketrekking/isolasjon, redusert emosjonell kontakt med andre og kognitiv svikt (Løberg & Johnsen, 2016).

Schizofreni er ein av dei mest alvorlege psykosevariantane, med omsyn til varigheit, symptombreidde og tyngde, og den psykoselidinga som er mest undersøkt (Løberg & Johnsen, 2016). Schizofreni er ei såkalla ikkje-affektiv lidning. Affektive lidningar representerer ei gruppe lidningar karakterisert av episodar der personen er nedstemt og/eller oppstemt (Nysæter & Walvig, 2016). Ikkje-affektive lidningar representerer ei diagnostisk gruppe med schizofreniforme psykosar, til forskjell frå bipolar lidning og depresjon med psykose som er dømer på affektive psykosar. I tillegg har vi rusutløyste psykosar, samt organiske psykosar, utløyst av ei kroppsleg eller biologisk påverking av hjerna (Løberg & Johnsen, 2016).

2.2.2 Somatisk- og psykisk helse

Schizofreni er forbunde med auka risiko for metabolsk syndrom og hjarte- og karsjukdommar, og andre fysiske helseutfordringar som overvekt, hypertensjon, auka kolesterol og hyperglykemi (Foley & Morley, 2011; Hennekens, Hennekens, Hollar & Casey, 2005; Hert, Schreurs, Vancampfort & Winkel, 2009; Roick et al., 2007). Antipsykotiske legemidlar, ofte nytta i behandling av psykose, viser seg å ha ei negativ innverking på ei rekkje metabolske risikofaktorar (Foley & Morley, 2011; Hert et al., 2009). I byrjinga av ei psykotisk lidning viser prevalensen av desse risikofaktorane seg å vere likt som i den generelle befolkninga (Foley & Morley, 2011), men etter fem år med bruk av antipsykotiske legemidlar aukar insidensen av metabolsk syndrom (De Hert et al., 2008; Foley & Morley, 2011). Til tross for at antipsykotiske legemidlar er effektive på positive symptom, viser dei seg å vere mindre eigna til negative symptom og kognitive manglar (Erhart, Marder & Carpenter, 2006; Kirkpatrick, Fenton, Carpenter & Marder, 2006). Den forventa levealderen for menneskjer med schizofreni viser i retning av å vere redusert med 15-20 år (Hennekens et al., 2005; Laursen, 2011), blant anna på grunn av den valdsamme reduksjonen av den somatiske helsa.

Frå eit psykologisk perspektiv kan, i følgje Awad og Voruganti (2012), personar med schizofreni over tid oppleve at evna deira til å gjennomføre daglege gjeremål vert redusert, og dermed oppleve å få økonomiske utfordringar. I tillegg viser forskning at psykiatriske pasientar kan oppleve stigma forbunde med både psykiske lidningar og fedme (Dragatsi & Deakins, 2009) og redusert sjølvkjensle i forbindelse med vekttauke (Erdner & Magnusson, 2012). Desse faktorane, i tillegg til dei nemnte somatiske faktorane, er alle forbunde med redusert livskvalitet (Allison & Mackell, 1999; Costa et al., 2018; Deenik et al., 2017; Malhotra, Parmanand, Subho & Sandeep, 2016; Vancampfort et al., 2011). Nemnte risikofaktorar vert, i følgje forskning, forsterka av eit uheldig kosthald, røyking og ein inaktiv livsstil (Roick et al., 2007). Dette er med andre ord ein såkalla «ond sirkel», der personar med psykoselidingar opplever utfordringar som igjen skapar nye utfordringar som igjen kan bidra til å verre dei utfordringane dei allereie har.

2.3 Tidlegare forskning

Forsking gjort på personar med psykoseproblematikk gjenspeglar, i følgje Boydell, Stasiulis, Volpe og Gladstone (2010), ei naturvitskapleg og biomedisinsk tilnærming. Dette kan ein

også sjå ved søk på søkemotorar som PubMed, Oria og Google Scholar etter forskning gjort på feltet, at majoriteten av forskinga er kvantitativ med standardiserte målingar av symptom, sosial funksjon, livskvalitet og effekt av intervensjonar (Dipasquale et al., 2013; Erdner & Magnusson, 2012; Helsedirektoratet, 2013; Roick et al., 2007; Tandon et al., 2008).

Kunnskapen innhenta denne tilnærminga dannar på mange måtar ei viktig base på feltet (Boydell et al., 2010), og spelar ei viktig rolle for den kunnskapen vi har i dag. Kunnskap om subjektive og kontekstualiserte erfaringar frå personar med psykoseproblematikk som kan forankrast i eit meir medisinskpsykiatrisk, kvalitativt paradigme, er derimot mangelfull, også i følgje både Boydell et al. (2010) og Skorpen, Anderssen, Øye og Bjelland (2008). Kvalitative undersøkingar kan bidra til å innhente djupare kunnskap og forståing av eit fenomen, menneske sine erfaringar og opplevingar og kva rolle omgivingar og kontekst spelar, enn kva kvantitativ forskning kan bidra med (Boydell et al., 2010).

Forskning gjennomført innan eit kvantitativt, biomedisinsk paradigme viser at det å inkludere fysisk aktivitet i behandling i seg sjølv har god effekt når det kjem til å redusere fysisk sjukdom og dødelegheit (Faulkner et al., 2013). Fysisk aktivitet har positiv effekt på risikofaktorar for metabolsk syndrom og kardiovaskulære sjukdommar som hjarte- og karsjukdommar, overvekt, diabetes og hypertensjon (Faulkner et al., 2013; Firth et al., 2015; Gorczynski & Faulkner, 2011). For menneske med psykoselidingar, kan det tenkjast at fysisk aktivitet og livsstilsendring kan bidra til å motvirke den kraftig reduserte somatiske helsa, auke livskvaliteten og redusere tal mista leveår. I følgje Helsedirektoratet (2013), bør fysisk aktivitet inngå som ein del av den heilskaplege behandlinga av psykoselidingar.

Helsedirektoratet (2013) grunnar det med at det tyder på at strukturert fysisk trening viser seg å ha ein positiv effekt på humøret, kan bidra til å redusere angst, gir betre livskvalitet og kan betre negative symptom. Også i følgje Rosenbaum et al. (2014) kan det tyde på at fysisk aktivitet kan bidra til å redusere negative symptom, og vere ein god metode for å meistre positive symptom. Mykje av forskinga som føreligg er som vi no har sett forankra i eit medisinsk perspektiv, og det er tilsynelatande lite forskning som seier noko om pasientar sin eigen oppleving av helse og ein aktiv livsstil.

Til trass for at forskning med kvalitativ forankring på dette feltet er mangelfull, føreligg det likevel noko forskning på livsstilsvanar hos psykiatriske pasientar med denne tilnærminga (Abed, 2010; Aschbrenner et al., 2013; Dragatsi & Deakins, 2009; Erdner & Magnusson, 2012; Glover, Ferron, Whitley, Cook & Mueser, 2013). Forskinga viser blant anna at det å

hjelpe menneske med alvorlege psykiske lidningar med å forbetre helsa si gjennom livsstilsendingar kan vere komplisert (Abed, 2010). Det som følgje av barrierar som psykiatriske symptom og antipsykotiske medisinar (Glover et al., 2013), mangel på kunnskap om samanheng mellom medisiner, overvekt, diabetes 2 og kolesterolproblematikk, mangel på motivasjon (Abed, 2010) og stigma forbunde med både psykiske lidningar og fedme (Dragatsi & Deakins, 2009). Redusert sjølvkjensle og isolasjon i forbindelse med vektauke og utmatting kan også potensielt vere barrierar for fysisk aktivitet (Abed, 2010; Erdner & Magnusson, 2012). Sosial støtte frå familie viser seg også å vere viktig for livsstilsending, og motsett kan eit uheldig sosialt miljø potensielt vere ei barriere (Aschbrenner et al., 2013).

2.3.1 Personar med psykiske lidningar si oppfatning av helse og aktivitet i behandling

Det ser ut til at menneske med psykiske lidningar vert oversett som ei verdifull kjelde til kunnskap om helse (La et al., 2014), og informasjon knytt til forståing og oppleving av helse og velvære basert på menneske med psykiske lidningar sin oppfatning er som vi har sett mangelfull. Mjøsund (2017) viser med sin doktoravhandling at det å inkludere menneske med alvorlege psykiske lidningar sine egne opplevde erfaringar, kan utgjere ei viktig og rik kjelde til informasjon om helsefremjande arbeid.

Studiar som midlertidig er gjort på personar med psykiske lidningar, og deira oppfatning av helse, gjenspeglar eit salutogent perspektiv. Svedberg, Jormfeldt, Fridlund og Arvidsson (2004) fann til dømes at pasientar under psykisk helsevern opplever at det for dei er viktig med kjensla av autonomi, meiningsfullheit og fellesskap for å oppnå helse. Ein studie på ungdom nyleg diagnostisert med psykose, fann at dei opplevde velvære som fleirdimensjonalt, beståande av psykisk-, fysisk-, sosialt-, emosjonelt-, spirituelt- og økonomisk velvære (La et al., 2014). Ein annan studie gjort på personar med førstegangpsykose (Windell, Norman & Mall, 2012), hadde mål om å undersøkje oppfatninga av omgrepet «rehabilitering». Funna viste at deltakarane opplevde at rehabilitering hadde tre hovuddomene. *Sjukdomsrehabilitering*, omfattande å lindre symptom, *psykologisk og personleg rehabilitering*, med mål om å auke kjensla av kontroll over eigen situasjon, og *sosial og funksjonell rehabilitering*, som gjekk ut på å ivareta og/eller styrke ein positiv sosial identitet og sosial inkludering, inneberande ei evne til konversasjon med andre, gå på jobb og ha vener (Windell et al., 2012).

Mjøsund et al. (2015) undersøker korleis menneske med alvorlege psykiske lidingar opplever mental helse. Personane som vart intervjuja beskreiv at dei opplevde mental helse som å bevege seg opp og ned ei trapp, der dei på toppen kjente seg bra, og på botnen kjente seg dårleg. Korleis dei opplevde mental helse viste seg å verte påverka av fire domene i livet, nemleg fysisk, emosjonelt, spirituelt og sosialt domene. I kvardagslivet er mental helse opplevd som kjensla av energi og velvære (Mjøsund et al., 2015).

Nyare pasientundersøkingar viser at til trass for at fysisk aktivitet i dag i aukande grad vert anerkjent som ein nyttig metode for hjelp til sjølvhjelp, at kroppen er lite vektlagt i psykiatrisk behandling. Pasientar ynskjer meir kunnskap om kroppen da dei meiner det kan auke eiga innsikt, og fleire har eit ynskje om meir fysisk aktivitet med vekt på personleg vegleiing, undervisning og eigentrening (Borge, 2011). Korleis personar med psykiske lidingar opplever at interesser og hobbyar utover fysisk aktivitet blir ivaretatt eller etablert i behandling er for meg ukjent. Når det er sagt viser kunstterapi seg å ein terapeutisk effekt på menneske med alvorlege psykiske lidingar. Det skal ha ein styrkande effekt på, blant anna, forbindelsen dei har til seg sjølv og til andre, til miljøet, til eigne kjensler, og kan bidra til utvikling av meir empati og medkjensle for seg sjølv (Malchiodi, 2002). Det er også forskning som viser i retning av at kunstterapi kan ha ein positiv effekt på positiv mental helse og velvære (Heenan, 2006). Musikkterapi viser seg også å kunne ha ein positiv effekt på generell tilstand, mental tilstand og sosial funksjon for menneske med psykose (Gold, Heldal, Dahle & Wigram, 2005).

Forfattar og psykolog Arnhild Lauveng var tidlegare diagnostisert med schizofreni, og fekk fortalt av legar at ho aldri kom til å bli frisk. I dag er Lauveng frisk og har utdanna seg som psykolog ved universitetet i Oslo. I dette arbeidet har eg, i tillegg til forskingslitteratur og teoretiske perspektiv, valt å støtte meg på opplevingar og refleksjonar frå Arnhild Lauveng. Lauveng har skrive sjølvbiografien *I morgen var jeg alltid en løve* (Lauveng, 2014), der ho uttalar seg som tidlegare pasient og som noverande fagperson. Lauveng tek gjennom boka si, lesaren med inn i ein verden av stemmer og hallusinasjonar, og gir vrangførestillingar og symptom sin eigen logikk og meining. I boka viser Lauveng audmjukheit og takksemnd for helsehjelpa ho fekk, samtidig som ho ser psykiatrien med eit kritisk blikk. Truleg er ikkje Lauveng åleine om å oppleve det på den måten, og eg vel å støtte meg på hennar opplevingar, erfaringar og refleksjonar da eg har inntrykk av at ho representerer eit realistisk eksempel på korleis det for enkelte kan vere å vere underlagt psykisk helsevern i Noreg, og få ei slik

diagnose. Lauveng sine opplevingar, erfaringar og refleksjonar vil kome fram og bli nytta til å belyse studien sitt resultat i kapittel 6.0 *Diskusjon*.

Med eit overordna blikk på tidlegare forskning, kan det sjå ut som at vi er på veg mot ein endring i kva tilnærming forskning har på personar med psykiske lidingar. Det kan også sjå ut til at fysisk aktivitet spelar ei aukande rolle, og at vi blir meir og meir nysgjerrige på korleis det kan implementerast i psykiatrisk behandling. Derfor kan det vere interessant å ta ein djupare dukk i korleis psykiatrisk behandling tidlegare har vore praktisert, og kva del aktiv livsstil og/eller fysisk aktivitet har hatt i den samanheng.

2.4 Psykiatrien si historie

Fysisk aktivitet har i lang tid vore kopla til mental helse, i den medisinske og filosofiske litteraturen (Borge, 2011). Heilt tilbake frå 1200-talet skreiv den jødiske filosofen Maimonides, livlege for sultanen i Egypt, til dømes at «Enhver som lever eit passivt liv uten fysisk aktivitet ... selv om han spiser god mat og tar vare på seg selv etter de rette medisinske prinsipper – alle hans dager vil være smertefulle og hans styrke vil avta» (Borge, 2011, s. 25). Også teolog og lærar Robert Burton konkluderte i 1632 med at «I motsetning til fysisk aktivitet er dovenskap eller mangel på fysisk aktivitet en ulykke for kropp og sin ... en av de sju dødssynder og en enkeltstående årsak til melankoli» (Borge, 2011, s. 25).

På 1700-talet vart menneske med psykiske lidingar omtalt som «dei gale» og sperra inne på asyl, bunde fast med lenkjer. Dette for å skape ro og skåne slekt og det øvrige samfunnet frå dei gale (Haave, 2008; Lie, 2009). Sjølv om fysisk aktivitet og mental helse lenge hadde vore kopla saman, nådde tanken om dette psykiatrien først på 1800-talet, gjennom legen Pinel (1745-1826), direktør for eit fransk asyl. Han var overtyda om at dei sinnsjuke vart sjuke av mangel på friheit og frisk luft. Pinel innførte derfor streng, moralsk behandling med militær disiplin, kroppslege anstrengelsar og mekanisk straff (Borge, 2011). Da oppbygginga av asyl i Noreg vart iverksett på midten av 1800-talet, vart institusjonane etablert i landlege omgivingar i tilslutning til gardsdrift (Borge, 2011; Haave, 2008). Noregs første psykiater, Herman Wedel Major, var oppteken av viktigheita av å sysselsetje dei sjuke, gi dei moglegheit til å få frisk luft, innøving av regelmessige vanar og sjølvkontroll, og arbeidstrening. Arbeidstrening hadde både ei oppdragande og behandlande hensikt, og fysisk aktivitet i form av gardsdrift vart ei sentral del av behandlinga (Borge, 2011).

Sjølv om humanismen først stod sentralt, og normalisering i form av disiplin, arbeid og eit godt miljø i vakre omgivningar vart sett som kuren for galskap, har psykiatrien ei historie frå midten av 1800-talet som er prega av utprøvingar av ei rekkje både meir og mindre inngripande behandlingsmetodar (Haave, 2008; Lie, 2009). Legane testa nesten ukritisk behandlingsmetodar som eit resultat av manglande framgang og i behov for fungerande behandling for å skape ro på asyl, som stadig vart overfylt. Det vere seg langbad og sovemedisin, malariaterapi, defokalisering, sovekur, insulinsjokk, krampeterapi, elektroshokk og lobotomering, for å nemne noko (Haave, 2008; Lie, 2009).

Manglande interesse for kroppen innan psykiatri hadde samanheng med at språket har vore betrakta som inngangsporten i behandling av psykiske lidningar (Borge, 2011). På midten av 1900-talet kom antipsykotiske legemiddel, og ikkje mange år seinare kom psykoterapi og samtalerapi på bana (Haave, 2008; Lie, 2009). Ei av dei viktigaste inspirasjonskjeldene innan samtalerapi er legen Sigmund Freud (1856-1939), med psykoanalysen. Fysisk aktivitet fekk av Freud ei rolle som tidsfordriv for å unngå å tenkje for mykje på kjenslemessige problem (Breddal, referert i Borge, 2011). Vidare vart mange psykiatrar og legar opptekne av samanhengen mellom kropp og sinn, og fleire vart bevist ulempene med inaktive og passive pasientar. Fysisk aktivitet vart dermed på 1930-talet ein del av rekreasjonsterapien for pasientar på asyl, som følgje av ei tilbakevendande interesse for kroppslege syslar. Da var det snakk om fysisk aktivitet for aktiviteten sin del, som til dømes gymnastikk (Borge, 2011). Den første fagboka og den første oversiktsartikkelen skrive om betydninga for fysisk trening i behandling av psykiske lidningar kom i 1960, skrive av Layman (Layman, referert i Borge, 2011). Sidan det har dette vore eit eige forskingsfelt, og i dag er fysisk aktivitet i aukande grad anerkjent som ein nyttig metode for hjelp til sjølvhjelp (Borge, 2011).

2.4.1 Institusjonalisering

Etter mange år der pasientar nærmast vart stengt inne på asyl, vart institusjonalisering eit tema (Kolstad & Pedersen, 2009). Når ein pasient er institusjonalisert betyr det at pasienten si åtferd er prega av lange periodar innlagt på institusjon, ved at pasienten mistar, eller får redusert evne til sosiale ferdigheitar og gjennomføring av daglege gjeremål (Chow, Priebe & Chow, 2013). Wing og Brown (1961) har undersøkt påverkinga av institusjonalisering på menneske med alvorlege psykiske lidningar, og kva betydning eit sosialt miljø hadde på den

psykiske tilstanden deira. Wing og Brown (1961) fann at schizofrenipasientar som vart behandla på eit sjukehus med eit rikare sosialt miljø hadde mindre negative symptom, og hadde færre forstyrringar i verbale og sosiale samanhengar. I motsetning hadde pasientar med minst sosial interaksjon, færrest aktivitetar å delta på, og minst kontakt med omverda, det verst (Wing & Brown, 1961). I følgje Chow et al. (2013) har utskrivne, tidlegare pasientar høgare grad av livskvalitet, er meir tilfredse med levekåra sine, og har eit større sosialt nettverk, enn dei pasientane som er på institusjon over lang tid.

Frå tidleg på 70-talet har det vore jobba med de-institusjonalisering. Dette betyr at det vart jobba for at det skulle vere færre pasientar innlagt, men ikkje nødvendigvis færre pasientar behandla (Kolstad & Pedersen, 2009). I praksis betydde det at tenester vart flytta frå sentrale institusjonar for å skulle ivaretakast i lokalsamfunnet (Forsetlund et al., 2012). I følgje Forsetlund et al. (2012) vart det i Noreg fastslått i *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006* at målet for omorganiseringa var å betre kvaliteten og kvantiteten av tenestene, å sikre ei heilskapleg planlegging og betre samspelet mellom kommune og fylkeskommune med fokus på brukarane sine behov (Forsetlund et al., 2012). Effekten av dette viser seg i følgje Forsetlund et al. (2012) å vere usikker. Tiltak som lokale tverrfaglege team, døgnbasert omsorg i bustad, dagsjukehus, ulike heimebehandlingar og behandling i spesialistklinikkar vart samanlikna med innlegging på sjukehus, og for mange av utfalla vart det ikkje påvist statistisk signifikant forskjell mellom behandling innanfor eller utanfor sjukehus (Forsetlund et al., 2012).

2.5 Psykiatrien i dag

Historia viser at psykiatrien har ei tidvis brutal fortid, og at kroppslege syslar og fysisk aktivitet med tida har blitt meir og meir anerkjent som ein nyttig del av eit breiare behandlingstilbod for pasientar underlagt psykisk helsevern (Borge, 2011; Wing & Brown, 1961). I dette kapittelet vil helsefremjande arbeid innan psykisk helsevern slik det er i dag, beskrivast, med vekt på pasientar sine rettigheter når det kjem til private interesser, menneskesyn i behandling, og viktigheita av miljøforhold og meningsfulle opplevingar på opplevinga av eigen kvardag.

2.5.1 Helsefremjande arbeid i psykisk helsevern

Når ein arbeidar med menneske med psykose er det behov for å sette seg inn i verkelegoppfatninga til den enkelte, da enkeltpersonar si erfaring med psykose alltid vil vere personleg. Ofte er menneske med psykose engstelege og forvirra, ute etter stadfesting på sin identitet og med eit ynskje om ein fast grunn å halda seg til. Symptoma hos den enkelte kan bidra til å gi innsikt i utfordringane til vedkommande, og samtidig gi innsyn i deira verkelegheitsoppfatning (Hummelvoll & Dahl, 2012).

Helsefremjande arbeid for menneske med psykiske lidningar skal først og fremst ha forankring i lovverket. Pasient- og brukarrettighetslova er ei slik lov, som inneberer pasientar underlagt psykisk helsevern sine rettigheitar ovanfor helse- og omsorgstenesta (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2001). Under § 1-1. Formål står det blant anna at lova sine bestemmingar skal bidra til å styrke tillitsforholdet mellom pasient og brukar og helse- og omsorgstenesta, framme sosial trygghet og ivareta respekt for den enkelte pasient og brukar sitt liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2001). Lova seier blant anna at tenestetilbodet, så langt som mogleg, skal utformast i samarbeid med pasient eller brukar, som har rett til medverking i gjennomføring av helse- og omsorgstenester (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2001).

Rundt førre mileniumsskifte kom også Psykisk helsevernloven (1999), ei lov som inneberer reglar for innlegging og behandling under tvang av personar med psykiske lidningar. Også i følgje denne lova har menneske underlagt psykisk helsevern i dag rett til medbestemming, så langt pasienten ikkje er i ein slik tilstand at lova sine vilkår for tvungen psykisk helsevern er oppfylt. Så langt det er foreinleg med formålet for opphaldet og med pasienten sin tilstand skal behandlinga tilstrebe å ivareta pasienten sin moglegheit til å bestemme over seg sjølv (Psykisk helsevernloven, 1999). Forholda skal legge til rette for, blant anna, at pasientar får: «a) delta i utforminga av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte pasient, b) anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer, c) tilgang til aktivitetstilbud innan rammen av husordensreglene, d) anledning til daglige uteaktiviteter» (Psykisk helsevernloven, 1999).

Med lovverket til grunn kan psykisk helsefremjande arbeid definerast på følgjande måte:

Psykisk helsefremmende arbeid sikter mot å sette folk i stand til å makte livshendelser, både de forutsigbare og de uforutsigbare, gjennom å øke selvaktelse og opplevelse av velvære. Det innebærer å arbeide direkte med individer, grupper og lokalsamfunn, og søke å influere på de sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer som kan ha betydning for psykisk helse (McCulloch & Boxer, referert i Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 586)

Med andre ord har pasientar underlagt psykisk helsevern rett til anledning til medbestemming, og til å dyrke private interesser og hobbyar, så sant det vurderast til å vere foreinleg med tilstanden til pasienten. Hummelvoll og Dahl (2012) fremjar vidare ei salutogen tilnærming til psykisk helsefremjande arbeid (det salutogene helseperspektivet vil bli ytterlegare presentert under kapittel 3.1 *Helse*), med mål om å sjå pasienten, på å auke velværet og ikkje nødvendigvis berre ha som mål å redusere psykisk sjukdom. På denne måten kan det tenkjast at det å etablere eller oppretthalde ein aktiv livsstil for pasienten, med omsyn til private interesser og hobbyar, kan vere ein måte å drive psykisk helsefremjande arbeid på, i tillegg til andre behandlingsformer.

2.5.2 Miljø for personleg- og sosial utvikling

Arnhild Lauveng undersøker med si doktorgrad, i kva grad ulike miljøforhold kan påverke på kva måte pasientar med alvorlege psykiske lidningar opplever eigen kvardag, seg sjølv og moglegheitene for personleg og sosial utvikling (Lauveng, Tveiten, Ekeland & Torleif, 2016). Dette er interessant med tanke på å skulle grunne viktigheita av å legge til rette for ein aktiv livsstil i psykisk helsefremjande arbeid. Informantane i studien er pasientar og behandlarar ved distriktpspsykiatrisk sjukehus i Noreg og elevar og lærar på ein folkehøgskule i Danmark, for menneske med psykiske lidningar (Lauveng et al., 2016).

Lauveng meiner det trengs meir forskning på feltet, men viser med sine resultat i tydeleg retning av at pasientar og elevar beskriver livet sitt veldig forskjellig. Pasientane frå Noreg beskreiv ei oppleving av liten utvikling, mykje einsamheit, dårleg livskvalitet, liten eller kortvarig symptomendring og håplausheit. Helsepersonellet beskreiv ein kvardag prega av overordna føringar og retningslinjer som gir press til kortast mogleg behandlingstid og mindre rom for individuell tilpassing (Lauveng et al., 2016). Elevane frå Danmark beskreiv at dei hadde betre relasjonar, mindre einsamheit, meir aktivitet og generelt at dei hadde det betre. Lærarane beskreiv mykje fleksibilitet, god tid til å verte kjent med kvar elev, og organisering

med utgangspunkt i elevane sine behov. Til felles hadde helsepersonell og lærarar eit oppriktig engasjement for jobben sin (Lauveng et al., 2016).

Lauveng et al. (2016) konkluderer med at dagens organisering av psykisk helsevern kan vere positivt for pasientar med avgrensa, kortvarige psykiske utfordringar, men at det er mindre hensiktsmessig for menneske med langvarige og samansette psykiske utfordringar. Dermed kan denne gruppa pasientar ha nytte av eit miljø meir prega av støtte, stabilitet, gjensidige og trygge relasjonar, og meningsfulle opplevingar og moglegheit for læring og personleg og sosial utvikling (Lauveng et al., 2016). Ein aktiv livsstil kan tenkjast å vere ein passende arena for å dyrke eit slikt miljø.

Wing og Brown (1961) finner i sin studie at eit sosialt miljø med tilbod om aktivitetar har betydning for den psykiske helsa, og at schizofrenipasientar kan oppleve at symptoma på sjukdommen vert redusert med eit slikt miljø. Motsett viser det seg at ved institusjonar med eit lite sosialt miljø, og lite tilbod om aktivitetar, har schizofrenipasientar eit dårlegare utbytte av behandlinga (Wing & Brown, 1961).

2.5.3 Menneskesyn i psykiatri og behandling

Som terapeut eller behandlar går vi inn i ein behandlingssituasjon prega av både vår faglege bakgrunn, vår eiga oppseding og ei rekkje erfaringar frå tidlegare møte med andre menneske, som igjen dannar grunnlaget for kva menneskesyn vi har i møte med pasientar (Hummelvoll & Dahl, 2012). I følgje Hummelvoll og Dahl (2012) er det ei rekkje grunnsyn, eller modellar, innan psykiatrisk behandling og omsorg, som vil gi implikasjonar for korleis ein møter pasientar. Her er eksemplar på nokon av dei.

Den biomedisinske modell er i følgje Hummelvoll og Dahl (2012) eit slikt grunnsyn, og er den medisinske forståinga av det tradisjonelle lege-pasient-forholdet, der pasienten får ei diagnose, og behandlinga blir gjennomført som følgje av den. I denne modellen vert legen sett som leiaren for behandlinga. Pasienten sjølv blir mottakar av behandling utan å nødvendigvis stille spørsmål ved behandlinga. Når pasienten er symptomfri og kan gå tilbake til tidlegare funksjonsnivå, avsluttast behandlinga (Hummelvoll & Dahl, 2012). Dette grunnsynet vil i samanheng med å implementere ein aktiv livsstil i psykisk helsefremjande arbeid sei at pasienten får «forskreve» aktivitet i ein gitt form, utan å vere i posisjon til å kunne bidra i bestemmingane av dette.

Eit anna grunnsyn er den sosiale modell, som tek omsyn til pasienten sine omgivingar (Hummelvoll & Dahl, 2012). Denne modellen gjer forhold i samfunnet ansvarleg for at menneske med avvik skapast, dersom dei bryt kulturelle normer. Psykisk sjukdom vert sett som ei sosial rolle. Terapeuten vil vegleie pasienten til å betre løyse konflikhtar og utfordringar, for å passe betre inn i dei sosiale normene. Nokre hevdar at det må arbeidast førebyggjande, ved å arbeide med sosiale problem, slik at menneske med funksjonshindringar og problem kan passe betre inn i samfunnet (Hummelvoll & Dahl, 2012). Dersom målet er psykisk helsefremjande arbeid gjennom ein aktiv livsstil, vil ein terapeut med eit slikt grunnsyn truleg vegleie pasientar til å løyse konflikhtar og utfordringar i ein aktivitetskontekst, saman med andre. Det vere seg gjennom aktivitetar som krev sosial deltaking i form av til dømes samarbeid, lagspel og kommunikasjon.

I den behavioristiske modell står individet sine handlingar sentralt (Hummelvoll & Dahl, 2012). Det hevdist at all åtferd er lært som følgje av lønning eller straff, og at utfordrande symptom eller avvikande åtferd oppstår som følgje av at individet har lært det i løpet av utviklinga si, gjennom observasjon av eigne eller andre sine opplevingar. Den kognitive åtferdsterapeutiske modell er eit grunnsyn som i stor grad fell under behaviorismen, og handlar konkret om å identifisere, for så å korrigere negative tankemønster, for å redusere symptom. Behandlinga med begge desse grunnsyna kjenneteiknast i stor grad av gjensidigheit, der pasient og terapeut samarbeider om målsetting, behandlingssopplegg og evaluering. Det vert arbeida mot å finne meistringstrategiar i situasjonar der det negative tankemønsteret oppstår, som pasienten skal øve seg på heime (Hummelvoll & Dahl, 2012). I behandling med eit behavioristisk eller kognitivt åtferdsterapeutisk grunnsyn, vil det ved å implementere dette i ein aktiv livsstil handle om å hjelpe pasienten med å adressere aktivitetar i form av personlege, positive hobbyar og interesser, som pasienten kan gjere for å bryte ut av det negative tankemønsteret.

Til slutt er relasjonsmodellen, ein heilskapsteori beskrive av Per Jensen, i (Hummelvoll & Dahl, 2012) som ser pasienten i eit system beståande av seg sjølv i relasjon til alt rundt. Eit slikt system kan bestå av samfunnet, personar og familiar, sosiale samanhengar og miljøet rundt, og det vert påpeika at ein også som terapeut er ein levande del av eit slikt system. I ein behandlingssituasjon søker ein mot ei forståing av denne heilskapen, og ein flyttar fokuset frå individet sjølv til relasjonen, noko som kan vere både omfattande og djuptgripande (Hummelvoll & Dahl, 2012). Eit døme på korleis eit slikt grunnsyn kan utspele seg i psykisk

helse framande arbeid inn mot ein aktiv livsstil, kan vere å involvere viktige andre i aktivitetar, både for å observere pasienten i relasjon til omgivingane, og for å ivareta eller styrke relasjonar.

Vårt menneskesyn er truleg kompleks, og mange nyttar synspunkt og strategiar frå fleire retningar eller grunnsyn. Som terapeut er det viktig å reflektere over kva grunnsyn som samsvarar mest med egne verdiar, erfaringar og faglege vurderingar, og vere bevist kva konsekvensar dei ulike grunnsyn kan gi i møte med menneske (Hummelvoll & Dahl, 2012).

2.5.4 Panoptikon

Pasientar i dag møter andre forhold innan psykisk helsevern enn pasientar gjorde for 50 år sidan. Pasientar i dag har som vi ser lover og reglar på si side som skal bidra til å ivareta pasienten på best mogleg måte. I tillegg føreligg teoretiske grunnsyn og retningslinjer for helsefremjande arbeid som skal vere det beste for pasienten. I følgje Volden (2004) er det likevel ei gråson mellom føringane som ligg for brukarmedverking, og kva som skjer i praksis. Volden (2004) hevdar at institusjonalisering framleis er aktuelt, og at det ligg i språket vårt, til tross for føringane som ligg der.

Panoptikon er eit omgrep som kan beskriv dette språket Volden (2004) peikar på. Omgrepet vart nytta av filosof og idehistorikar Michel Foucault til å beskrive ein situasjon, eller ein stad, som blir overvaka frå eit bestemt punkt, utan at overvakingfunksjonen sjølv kan sjåast (Foucault, 1995). Omgrepet stammar frå langt tilbake, blant anna frå tidlegare konstruksjon av fengsel, med eit overvakingpunkt som råka over alle innsette, men utan at dei innsette til ein kvar tid visste om dei faktisk vart observert eller ikkje. Foucault såg på dette autoritetsblikket som ein måte å utøve makt og skape disiplin på, da tanken, eller ”frykta” for å bli observert førte til at dei innsette styrte eigen åtferd på ein tilfredsstillande måte, og på mange måtar vart sitt eige politi (Foucault, 1995). Denne måten å utøve makt og disiplin på er også sett i tidlegare asyl (Foucault, 1995), og kan framleis gjenkjennast i dagens praksis innan psykisk helsevern.

Panoptikon som fenomen i dagens praksis innan psykisk helsevern kan ein sjå ved at pasientane tek ei rolle som pasient, og vert behandla som pasient av helsepersonell. Å vere pasient inneberer i denne forbindelsen ei spesifikk åtferd, eller fråvær av ei spesifikk åtferd, for å ikkje risikere å bli til dømes tvangsundersøkt, tvangsbehandla eller tvangsmedisinert.

For pasientar som har opplevd det tidlegare, har denne trusselen truleg ekstra effekt, og kan bidra til å regulere åtferda til pasientane, potensielt på ein skadeleg måte. På denne måten mistar pasientane makt over seg sjølv, og blir fort umyndiggjorde og underlagt disiplin. På denne måten risikerer pasientar, i samanheng med å skulle oppretthalde eller etablere ein aktiv livsstil, å bli underlagt makt som ubevisst kan påvirke deira behandlingssopphald i ein eller annan retning.

Som vi no har sett, har det med tida skjedd store endringar i psykiatrien sin behandlingspraksisk. Dette inneberer eit auka fokus retta mot de-institusjonalisering (Forsetlund et al., 2012; Kolstad & Pedersen, 2009), og i større grad å hjelpe pasientar med å handtere sin sjukdom, verte meir sjølvstendige, bygge relasjonar og delta i meningsfulle aktivitetar (Drake et al., 2003). Synet på psykiske lidingar viser i retning av å vere eit anna no, enn for 50 år sidan. Psykiske lidingar verkar å ha gått frå å bli sett på som «galskap» og noko som er resultat av ein feil med menneskekroppen, til å angå helse på lik linje med fysiske utfordringar og lidingar. I den samanheng er fysisk aktivitet, livsstil, og omgrepet aktiv livsstil interessant fordi det kan ha ein samanheng med nettopp *helse*, som det i dette prosjektet er alt det kokar ned til å omhandle.

3.0 Teori

3.1 Helse

Helse er eit vidt omgrep det kan oppstå vanskar i forsøk på å definere og å gjere presise antakingar om. Helse er eit av dei subjektive og abstrakte omgrepa, på same måte som kjærleik og skjønneheit, som har ulik betyding for alle menneske (Green & Tones, 2010). Helse er likevel forsøkt definert av mange, og kan sjåast frå fleire perspektiv. Mæland (2009) beskriver til dømes helse frå eit medisinsk perspektiv. Dette perspektivet på helse har opphav i patogenese, der fråvær av sjukdom og ingen avvik i normale biologiske funksjonar er kravet for helse (Mæland, 2009). Beskrivinga ovanfor, av psykiske lidingar og psykose, grunnar primært i eit medisinsk perspektiv, der bestemte symptom og avvik frå det «normale» definerer sjukdommen.

Eit anna perspektiv er representert av World Health Organization (2019), som definerer helse som «ein tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikkje berre fråvær av sjukdom». Kritikkar mot denne helsedefinisjonen, er blant anna at den stiller krav til *komplett*

velvære, noko som vil medføre at dei fleste av oss kan kategoriserast med dårleg helse (Huber et al., 2011). Det framkjem heller ingen einigheit knytt til omgrepet *velvære* i denne definisjonen (Larson, 1999), noko som kan problematisere bruk av omgrepet, da det baserer seg på subjektive vurderingar, som følgje av at dei definerast ulikt mellom land og kulturar (Larson, 1999; Mæland, 2009). Når det er sagt, har definisjonen eit meir heilskapleg perspektiv og omfattar meir enn berre fråvær av sjukdom. Definisjonen utvidar dessutan helseomgrepet til å romme dei tre komponentane; fysisk, psykisk og sosial helse.

Ytterlegare eit helseperspektiv kjem av den jødiske sosiologen Aron Antonovsky (1991) sin teori om salutogenese. Salutogenese representerer eit perspektiv på helse utvikla som ei motvekt mot det patogenetiske synet på helse (Antonovsky, 1991). Teorien beskriver helse som eit kontinuum mellom helse og sjukdom, med fokus på faktorar som kan bidra til å skape høgare grad av helse og *velvære*. Det vere seg å forstå og fremje resursar som hos eit individ kan bidra til å auke meistring, helse, og psykisk og fysisk velvære (Antonovsky, 1991) framfor å kartlegge risiko- og årsakssamanhengar for sjukdom, som er hovudfokuset innan meir patogenetiske helseperspektiv.

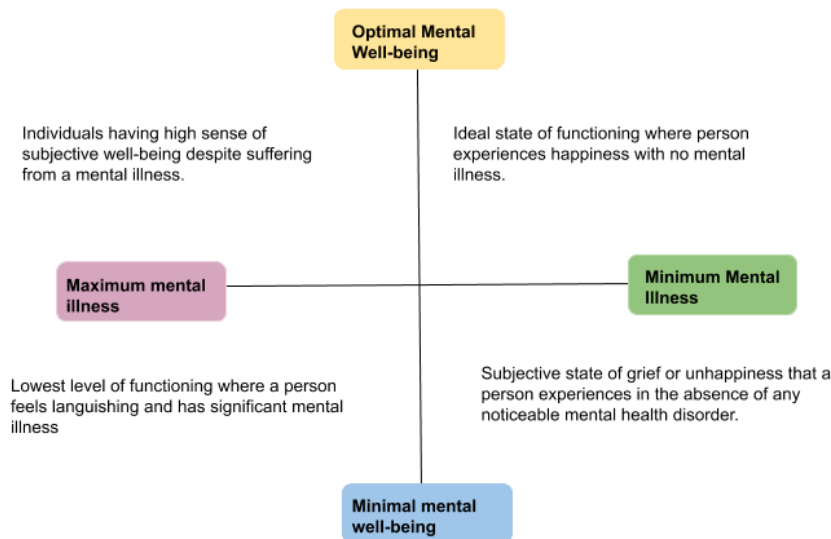
Eit sentralt omgrep knytt til teorien om salutogenese, er *sense of coherence* (SOC) eller oppleving av samanheng på norsk. SOC representerer ei grunnleggjande haldning i møte med hendingar i livet, og består av tre hovudkomponentar; forventning til at ein situasjon er *gripeleg*, *meningsfull* og *handterbar* (Antonovsky, 1991). At noko er gripeleg handlar om at noko opplevast som tydeleg, strukturert og noko ein opplever ein lett kan forstå. At noko er meningsfullt er i følgje Antonovsky (1991) den viktigaste komponenten for SOC og inneberer kjensla av motivasjon, engasjement og pågangsmot. Handterbarheit handlar om opplevinga av moglegheita til å påverke eigen situasjon og omgivnader. Jo høgare grad av SOC, jo meir resursar har ein til å møte og handtere situasjonar som oppstår i livet. Hummelvoll og Dahl (2012) omtalar SOC som viktig i tenking og praksis knytt til helsefremjande arbeid. I offentlege utredningar om helsefremjande arbeid (St.meld. nr. 19 (2018-2019), 2019) gjenspeglast det å oppleve livet som meningsfullt som ein av dei viktigaste faktorane. Antonovsky sitt salutogene helseperspektiv er særleg interessant i denne oppgåva, og vil vere tilnærminga en nyttar meg av når empirien i denne studien skal diskuterast.

3.1.1 Velvære og positiv helse

Velvære er eit at omgrepa i teorien om salutogenese. Til trass for å vere eit omgrep det kan vere problematisk å definere, da det baserer seg på subjektive vurderingar (Larson, 1999; Mæland, 2009), er velvære er eit omgrep som står sentralt i forsøk på å definere mental helse. Hedonisk- og eudaimonisk velvære er av forskarar utvikla som to teoriar for velvære, i forsøk på å definere og operasjonalisere nøkkelementa for mental helse. Hedonisk velvære refererer til det subjektive velværet, og korleis ein handterer glede, tilfredsheit og interesse i livet, medan eudaimonisk velvære referer til personleg vekst, og potensialet ein har til å fungere i eit godt liv (Seow et al., 2016). Den aukande interessa for betydninga av velvære har fått forskarar til å integrere teoriar om hedonisk og eudaimonisk velvære i teoriar om mental helse (Ryan & Deci, 2001). Konseptet *positiv mental helse* vart utvikla i forlenging av denne aukande interessa for velvære som forskingsfelt, og reflekterer kombinasjonen mellom emosjonelt, psykologisk og sosialt velvære (Seow et al., 2016).

Positiv helse er eit interessant omgrep innan eit salutogent helseperspektiv, og er eit omgrep som tek føre seg det som gjer at ein person fungerer godt, er optimistisk, tilfreds og lykkeleg, og gjer livet verdt å leve, og førebygger ei oppleving av at livet er meningslaust. Dette er funksjonar som håp, klokskap, kreativitet, framtidsplanar, mot, andeligheit og ansvar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Slike funksjonar er kanskje ekstra viktige å styrke for menneske med psykiske lidingar, da dei som kjent, er utsett for stigma, passivitet, isolering, redusert sjølvkjensle og redusert livskvalitet for å nemne noko. Studien til Seow et al. (2016) stadfestar dessutan at pasientar med psykiske lidingar kan ha høg grad av positiv mental helse, som mogleg også kan ha ein modererande effekt på forholdet mellom dei kliniske symptoma og tilfredsheit eller generell funksjon.

Den amerikanske sosiologen og psykologen Corey Keyes (2002) er oppteken av nettopp dette med positiv helse, og er inspirert av Antonovsky sin teori og salutogenese. Keyes er kjent for sin teori som representerer og involverer både ein patogen og salutogen tilnærming til helse, spesifikt retta mot psykisk helse. Teorien «The two-continuum model» deler psykisk helse i to dimensjonar: *positiv helse* og *psykisk sjukdom*. Tidlegare vart den mentale helsa sett som avhengig av psykisk sjukdom, men teorien til Keyes let mental helse å kunne forbeistrass for psykisk sjukdom. Dimensjonane vert dermed betrakta som relaterte, men likevel åtskilte (Keyes, 2002).



Figur 1: The two continua model, 2019, av Madhulena Roy Chowdhury (<https://positivepsychology.com/mental-health-continuum-model/>).

Med andre ord omfattar modellen fire stadium ein person kan oppleve: 1) Optimal positiv mental helse med psykisk sjukdom, 2) dårleg positiv mental helse med psykisk sjukdom, 3) dårleg positiv mental helse utan psykisk sjukdom og 4) optimal positiv mental sjukdom utan psykisk sjukdom. Det vil sei at ein utan å bli frisk frå psykisk sjukdom, likevel kan jobbe med å auke velværet, og dermed kunne leve betre med sjukdommen sin..

I følge Keyes (2002), avhenger positiv helse av dei tre kjernekomponentane emosjonelt-, psykologisk- og sosialt velvære. Emosjonelt velvære definerast av kjensla av å vere stabilt munter, interessert i livet, i godt humør, glad, roleg og fredeleg, og livleg (Keyes, 2007). Westerhof og Keyes (2009) beskriver emosjonelt velvære som kjensler av glede og tilfredsheit. Psykologisk velvære kan beskrivast som positiv individuell fungering, sjølvaksept, positive relasjonar til andre, personleg vekst, mening med livet og autonomi og kjensla av å ha kontroll på eige liv (Westerhof & Keyes, 2009). Sosialt velvære kan vere knytt til kjensler av å vere sosialt akseptert, sosialt integrert og vere av sosial verdi, samt kjensla av sosial vekst og utvikling (Westerhof & Keyes, 2009). Franken, Lamers, Ten Klooster, Bohlmeijer og Westerhof (2018) undersøkte med sin studie, validiteten ved bruk av *The two continua model* som eit mål på velvære hos psykiatriske pasientar, og kunne stadfeste at det er eit valid og reliabelt instrument. Franken et al. (2018) understreka samtidig viktigeita av å måle velvære i tillegg til psykisk sjukdom i psykisk helsevern.

Til saman utgjer Keyes sin dualistiske teori, og Deci og Ryan sitt perspektiv på hedonisk og eudaimonisk velvære, slik eg ser det, ein del av eit samanhengande og heilskapleg blick på eit salutogent helseperspektiv. Antonovsky sitt omgrep salutogenese kan i den samanheng sjåast som eit overordna omgrep, som eg tykkjer er interessant i møte med deltakarane i dette prosjektet. Som vi har sett, er det forskning som viser at ein aktiv livsstil som involverer fysisk aktivitet kan ha effekt på fysisk helse, og i retning av at det kan ha effekt på psykiatriske symptom. Det vil sei at det viser seg at fysisk aktivitet kan ha ein effekt på helse sett frå eit patogenetisk perspektiv. Eg har overordna valt eit salutogent helseperspektiv som teoretisk rammeverk i denne oppgåva, med ein tanke om at ein aktiv livsstil kan ha ein relevant, men ikkje nødvendigvis obligatorisk, samanheng med helse også sett i eit salutogent helseperspektiv.

3.2 «Aktiv livsstil»

Fysisk aktivitet definerast vanlegvis som *all kroppsleg rørsle utført av skjelettmuskulatur som fører til auka energiforbruk utover kvilenivå* (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Det føreligg nasjonale anbefalingar for fysisk aktivitet, på 150 minutt moderat aktivitet eller 75 minutt i høgintensiv aktivitet i veka (Helsedirektoratet, 2019). Anbefalingane står som eit minimum for kva som antatt kan gi ein gitt helsegevinst, og all aktivitet utover dette kan gi ein ytterlegare helsegevinst (Helsedirektoratet, 2019). Grunninga for anbefalingane er, i følgje Helsedirektoratet (2019), at fysisk aktivitet fremjar helse, gir overskot og er eit verkemiddel i førebygging og behandling av over 30 ulike diagnosar og tilstandar. Helsedirektoratet (2019) hevdar regelmessig fysisk aktivitet kan auke livslengda og livskvaliteten. Det kjem ikkje fram kva faktorar som spelar inn, men det kan tolkast til at det har med betra fysisk- og somatisk helse å gjere.

Dette perspektivet på fysisk aktivitet og helse syner seg også som medisinsk. Sett frå eit helsefremjande perspektiv, vil dette perspektivet vere noko mangelfullt, da det ikkje tek omsyn til den delen av helse som i følgje Antonovsky (1991) og Keyes (2002) omtalast som positiv helse, med velvære og kjensla av at noko er meningsfullt i fokus. Som nemnt innleiingsvis har det skjedd ei ideologisk endring i helsevesenet som inneberer eit auka fokus retta mot, ikkje berre å hjelpe pasientar og handtere sin sjukdom, men også å verte meir sjølvstendige, bygge relasjonar og delta i meningsfulle aktivitetar (Drake et al., 2003). Altså,

sidene ved helse Keyes (2002) omtalar som hovudkomponentane for positiv helse; emosjonelt-, psykologisk- og sosialt velvære.

Mykje av kunnskapen om menneske med psykose, er normalt sett også prega av eit medisinsk perspektiv. Som vi ser orienterar kunnskapen seg rundt fysisk- og somatisk helsetilstand, og kva behandling som skal til for å betre den. Fysisk aktivitet har fått ei grunnleggjande oppgåve i å skulle redusere og/eller førebyggje somatisk sjukdom, og det føreligg anbefalingar for kor aktiv ein bør vere for at det skal ha ein gitt helsegevinst. I praksis kan det tyde på at det for menneske med ein psykisk sjukdom som psykose, som er så altoppslukande og funksjonsnedsettande, kan vere ei utfordring å skulle vere i fysisk aktivitet i den grad det vert anbefalt.

Ut frå det helsefremjande perspektivet kan det tenkjast at fysisk aktivitet bør vere noko større enn det definisjonen og nasjonale anbefalingar får fram, og kan romme meir enn berre det fysiske. Omgrepet «aktiv livsstil» nyttast derfor i dette prosjektet, i forsøk på å opne opp for at aktivitet ikkje nødvendigvis treng å innebere fysisk aktivitet. Målet er framleis at ein «aktiv livsstil» skal kunne ha ein helsegevinst, men med helse sett frå eit salutogenisk perspektiv. Eit salutogenisk perspektiv i den samanheng vil sei at helse rommar, ikkje berre det somatiske, men også det emosjonelle, psykologiske og det sosiale. Når det er sagt, er det ynskjeleg å få fram pasientar sitt perspektiv på kva som er ein aktiv livsstil for den enkelte, utan å legge føringar for kva det kan vere.

4.0 Metode

Hensikta med prosjektet var å få psykosepasientar underlagt psykisk helsevern i tale, om deira kvardagsliv og erfaringar med å vere innlagt på institusjon og å vere i aktivitet. Eg lurte på korleis eit konsept som «aktiv livsstil» passa inn og fann, eller ikkje fann, sin eventuelle form inn mot dei erfaringane dei hadde med å vere innlagt over lang tid. For å få eit reelt innblikk i denne typen informasjon, er det naturlegvis nødvendig å komme i direkte kontakt med personar med psykoseproblematikk og skape ein dialog. I dette kapittelet vert metoden eg har nytta for gjennomføring av prosjektet, presentert. Kapittelet inneheld ei beskriving av design, utval og seleksjonsprosedyre, datainnsamling og analyse, samt metodiske refleksjonar og sentrale forskningsetiske prinsipp, og til slutt ein presentasjon av deltakarane.

4.1 Design

I arbeidet mot å svare på prosjektet sitt forskningsspørsmål har eg som nemnt nytta ei kvalitativ tilnærming. Den overordna målsettinga kvalitative metodar har er å oppnå ei forståing av sosiale fenomen, som i dette tilfellet er «aktiv livsstil», på bakgrunn av fyldige data om personar og situasjonar (Thagaard, 2018). Kvalitative metodar er tradisjonelt sett forbunde med forskning som inneber nærkontakt mellom forskar og deltakar (Thagaard, 2018), og eg har i mitt prosjekt gjort ein-til-ein intervju. Kvalitative metodar eignar seg når forskningsspørsmålet er avhengig av eit tillitsforhold mellom forskar og deltakar, da ein gjerne løftar personlege og sensitive tema, som kan omfatte private forhold i personen sitt liv (Thagaard, 2018). Prosjektet mitt omfattar eit tema som truleg kan opplevast om sensitivt for enkelte, men for andre ikkje. Eg tok derfor høgde for at det kunne vere individuelle ulikheitar avhengig av kva form dette konseptet «aktiv livsstil» hadde for deltakaren, og forholdet deltakaren hadde til det.

4.2 Utval, inklusjonsprosedyre og inklusjonskriterier

I rekrutteringsprosessen har eg gjort eit strategisk utval. Gjennom strategisk utval søker ein, i følge metodisk litteratur, personar med eigenskapar eller kvalifikasjonar som er strategisk og eignar den utvalde til å kunne svare på prosjektet sitt forskningsspørsmål (Thagaard, 2018). Eit strategisk utval inneberer i mitt prosjekt at eg søkte etter personar med ei psykoseliding og som var innlagt ved ein institusjon for behandling av lidinga si medan datainnsamling føregjekk. Utvalet vart dermed rekruttert frå ein institusjon for personar med psykoseproblematikk.

Institusjonen, heretter omtalt som *Blomsterhagen*, var særleg interessant å inngå eit samarbeid med, grunna deira spesialkompetanse på psykoseproblematikk og med idrettspedagog i full stilling. Blomsterhagen var aktuell ettersom min vegleiar hadde kjennskap til institusjonen frå tidlegare samarbeid. Etter å ha vore ved Blomsterhagen på hospitering i forbindelse med masteroppgåva, fekk eg tilbod om eit sommarvikariat for idrettspedagogen. Eg hadde dermed eit arbeidsforhold der i ein periode, og som følge av det god kjennskap til institusjonen og pasientane som var innlagt i perioden eg var tilsett. Arbeidsforholdet og potensielle fordelar og ulemper knytt til det vert nærare beskrive under kapittel 4.5.1 *Forskning på eigen arbeidsplass*.

Utvalet vart selektert etter tre inklusjonskriterier. Det vi sei at for å inkluderas i studien måtte 1) deltakar vere pasient ved institusjonen under datainnsamling, 2) deltakar vurderast til å vere samtykkekompet (les kva det inneberer under kapittel 4.6 Ethiske refleksjonar), og 3) dagleg leiar saman med idrettspedagog ved institusjonen vurdere det ikkje sannsynleg at deltaking i prosjektet skulle vere belastande eller opplevast som negativt for pasienten.

Rekrutteringsprosedyren innebar i første omgang at prosjektleiar Marte Bentzen, min vegleiar frå NIH, kontakta dagleg leiar ved samarbeidande behandlingsinstitusjon for oppstart av samarbeid og vidare planlegging. Institusjonen fekk vidare tilsendt eit informasjonsskriv angående kva prosjektet handla om og kva deltaking eventuelt ville innebære både for institusjonen og for deltakarane. Ein samarbeidsavtale mellom behandlingsinstitusjon og utdanningsinstitusjon var på plass før prosjektet vart teke vidare. Dermed vart det søkt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for godkjenning av prosjektet. I svarbrevet frå REK (vedlegg 3) framkom det at prosjektet ikkje vart sett som helserelatert og dermed vurdert ikkje nødvendig å vurdere av REK. Det vart derfor søkt til NIH sin eigen etiske komité. Eit møte mellom student, prosjektleiar og institusjon fann deretter stad, for vidare planlegging av prosess og avklaring av roller. Vidare vart datainnsamling satt på vent fram til godkjenning frå NSD og NIH sin etiske komité var på plass.

Ein utvalsstorleik på mellom tre og seks deltakarar vart vurdert tilstrekkeleg i dette prosjektet. Seks potensielle deltakarar vart av dagleg leiar og idrettspedagog ved institusjonen vurdert til å utfylle inklusjonskriteriane. Etter klarsignal om godkjent prosjekt frå NSD og NIH sin etiske komité vart dei potensielle deltakarane kontakta av idrettspedagog ved institusjonen, med spørsmål om dei var interessert å få i ytterlegare informasjon om prosjektet frå meg. Av dei seks spurte var det fire som var interessert i å få ytterlegare informasjon.

Eg fekk ei namneliste over dei potensielle deltakarane, og ettersom at eg hadde møtt alle deltakarane minst ein gong tidlegare, kunne eg kontakte dei sjølv for vidare samarbeid. Eg oppsøkte dei potensielle deltakarane der dei var på institusjonen, og tok deretter initiativ til å finne eit rom der gjennomgang av informert samtykke kunne skje. Gjennomgang av informert samtykke (vedlegg 2) skjedde dermed enten i ei tv-stove eller på rommet til den respektive deltakaren, ved at eg gjekk gjennom steg for steg og deltakaren fekk stille spørsmål. Av dei fire personane eg fekk oppgitt på namnelista, var det tre stk. i aldersspennet 20-30 år som fekk

utlevert informert samtykkeskriv som også vart gjennomgått munnleg av meg. Den siste potensielle deltakaren som ikkje skreiv under informert samtykkeskriv, har eg greia ut om i kapittel 4.6 *Etiske refleksjonar*. Utvalet i studien vart nærare beskrive under kapittel 4.7 *Presentasjon av deltakarane*. Tidspunkt for intervju vart avtalt etter at informert samtykke var signert.

Eit utval på tre deltakrar vart akseptert med bakgrunn i metodiske retningslinjer relevante inn mot dette prosjektet. Først og fremst kan anbefalt utvalsstorleik i kvalitative studiar variere frå studie til studie og det er ingen klare reglar for kor mange som bør inkluderast (Thagaard, 2018). Fleire faktorar vart teke i betraktning da utvalsstorleiken skulle vurderast i dette prosjektet. Ein avgjerande faktor for at eit tilsynelatande lite utval vart akseptert var at målet med kvalitative studiar er for forskaren å gå i djubda og gi den fulle merksemda til kvar deltakar som krevst for å innhente informasjonen ein gjerne er ute etter, og som følgje av dette er utvalet i slike studiar ofte små. Etter å ha gjennomført intervju med dei tre deltakarane i dette prosjektet, vart det slutta at tre intervju gav eit tilstrekkeleg datagrunnlag til å få belyst prosjektet sitt forskings spørsmål. I tillegg vart det teke i betraktning at utvalsstorleiken avhenger av kva målet med studien er, tids- og ressursavgrensingar og tilgjenge av deltakrar (Thagaard, 2018). I denne studien kom utvalet frå ein institusjon med pasientar frå ei potensielt sårbar gruppe i samfunnet der det måtte vurderast om den enkelte var samtykkekompetent på det aktuelle tidspunktet og i den gitte konteksten. Dette førte til avgrensingar når det kom til tilgjengelege deltakrar i dette prosjektet. Da prosjektet også inngår i ei masteroppgåve med ei avgrensa tidsramme og avgrensa resursar, var også det ein avgjerande faktor for kva storleik på studien og utvalet som var hensiktsmessig akseptabel.

4.3 Datainnsamling

Kvalitative tilnærmingar er prega av eit mangfald i type data og analytiske framgangsmåtar (Thagaard, 2018). Kvalitative framgangsmåtar omfattar utvikling, analyse og tolking av verbale og visuelle uttrykksformer, og kan delast i kategoriane observasjon, intervju, analyse av føreliggjande tekstar og visuelle uttrykksformer og analyse av audio- og videoopptak (Thagaard, 2018). I denne studien er det primært nytta individuelle semistrukturerte enkeltintervju under ein gåtur, med bruk av bilete som visuelt verkemiddel i samtalen.

4.3.1 Intervju

Enkeltintervju er nytta til datainnsamling i denne studien, da intervju gir eit særleg godt grunnlag for å få innsikt i personar sine erfaringar, tankar og kjensler (Thagaard, 2018), noko som passar godt med forskingsspørsmålet i denne studien. Det var kun deltakar og eg som var til stades under intervjuet. Intervjua vart tekne opp med to bandopptakarar, som ein sikkerheit dersom det skulle oppstått noko upårekna med det eine lydbandet.

Intervjua er basert på semistrukturert intervjuguide (vedlegg 6) med tema og spørsmål som eg ynskja å få svar på i løpet av samtalen, men ikkje nødvendigvis i ei gitt rekkefølge (Thagaard, 2018). Målet var samtidig at intervjua skulle vere prega av fleksibilitet ved at deltakaren hadde moglegheit til å ta opp tema som ikkje var planlagt på forhånd. Fleksibilitet er viktig for å kunne knytte dei ulike spørsmåla og tema til intervjupersonen sine føresetnadar (Thagaard, 2018), og for å kunne følgje opp tema eg ikkje hadde tenkt på, på forhånd. Eg presiserte i forkant at deltakarane kunne velje å svare på enkelte spørsmål, og andre ikkje, utan å måtte grunne det.

Eg valte å vere bevist det å ikkje stille spørsmål angående sjukdomshistoria til deltakarane under intervjua og eg har heller ikkje lest journalar eller innhenta informasjon som seier noko om den. Dersom deltakarane sjølv tok opp tema om sjukdommen sin var eg open for å lytte, men valte å ikkje stille oppfølgingsspørsmål da eg av ulike årsaker ikkje ser det som relevant for forskingsprosjektet. Sjukdomshistoria til deltakarane spelar nødvendigvis ei rolle for opplevingane og erfaringane deira knytt til det meste i deira kvardag, da dei jo er diagnostisert med ei lidning som tidlegare nemnt kan vere svært inngripande i livet deira. Det vart òg tydeleg ved at deltakarane på eige initiativ nemnte sjukdommen sin ved enkelte anledningar i løpet av intervjuet. Dessutan er det grunna psykoselidinga deira dei er ein del av mitt utval. Likevel valte eg å ikkje gå nærare inn på sjukdomshistoria deira, da mi vurdering er at detaljar i den i seg sjølv ikkje treng å bidra i beskrivinga av opplevingane og erfaringane til deltakaren knytt til «aktiv livsstil». Samtidig var sjølv sagt sjukdomshistoria som eit premiss eller bakgrunn for at opplevingane og erfaringane deira er som dei er. Eit anna sentralt poeng med å ikkje stille spørsmål om sjukdomshistoria deira er at eg ynskja å møte deltakarane med nysgjerrigheit rundt noko anna enn sjukdommen deira, da dei er så mykje meir enn berre ein diagnose. Eg antek at dei snakkar nok om symptom og behandling med behandlarar og miljøpersonale ved

institusjonen, og at det kunne vere positivt for deltakarane å få snakke og fortelje om andre aspekt ved livet sitt enn sjukdommen sin.

4.3.2 Gåande intervju

Eg hadde eit ynskje om å gjennomføre intervjua under ein gåtur i nærområdet ved institusjonen, og tok derfor «gåande intervju» som utgangspunkt da eg informerte deltakarane om prosjektet. Tanken bak gåande intervju var å plassere deltakarane i ein rørslekontekst i håp om at det potensielt kunne inspirere til å løfte fram og sette ord på opplevingar og erfaringar knytt til konseptet «aktiv livsstil». Tanken var å legge opp til ein intervjukontekst der det var meir å verte opptekne av, meir å snakke om, mindre trykka stemning enn det kanskje kunne bli inne, større rørslefriheit og med omstende som kunne bidra til å gi fleire assosiasjonar til det vi snakka om. Eg tok også høgde for at ikkje alle deltakarane ynskja å gå tur, og opna derfor opp for å gjennomføre intervjuet under andre omstende dersom deltakarane heller ville det.

Som Thagaard (2018) beskriver, pregast intervjuet av den konteksten som intervjusituasjonen representerer. Også studien til Anderson (2004) viser at «walking whilst talking» kan bidra til å hente fram kunnskap på nytt, ved å oppsøke den konteksten denne kunnskapen stammar frå. Emmel og Clark (2009) grunnar val av denne metoden med at gåande intervju kan gi deltakar ei oppleving av større grad av kontroll over intervjuet ved å kunne velje kvar å gå, det kan hjelpe deltakar å sette ord på tankar og erfaringar, bidra til større innsikt og ei djupare forståing for forskar og gi inspirasjon til tema eller spørsmål som kanskje ikkje hadde oppstått under eit intervju innandørs. Det å gå ved sidan av kvarandre vil også kunne føre til større friheit, ved at det vert meir naturleg å sjå framover, framfor på kvarandre.

4.3.3 Bilete som visuelt verkemiddel

Som eit anna verkemiddel i metoden til prosjektet, valte eg å ta i bruk bilete som grunnlag for delar av intervjuet. Da tidspunkt for intervju vart avtalt minna eg dermed deltakarane på å sjølv ta 1-2 bilete med telefonen sin som dei kunne ta med intervjuet dersom dei ville det. Eg forklarte at bileta skulle vere av noko som kunne gi eit innblikk i ein aktiv livsstil i deltakaren sin kvardag. Studien til Harper (2002) viser at bruk av bilete i ord-festa studiar ikkje berre kan hente meir informasjon frå deltakarane, men også annan informasjon som ikkje nødvendigvis hadde framkome utan bruk av bilete. Eit anna positivt perspektiv på biletbuk i intervju er at

bileta kan fungere som eit verktøy til å sette ord på eller fungere som eit symbol på tankar, kjensler og erfaringar (Frith & Harcourt, 2007).

Målet mitt med å nytte bilete i dette prosjektet var nettopp det at bileta skulle bidra til å danne eit grunnlag for samtale, og inspirere deltakarane til å sette ord på tankar og erfaringar. Tanken var at deltakarane sjølv skulle definere kva bilete da kunne vere av, for å gjere deltakarane delaktige i utforminga av samtalen sitt innhald. Eg ville gi deltakarane ein moglegheit til å sette dagsordenen og vere med å bestemme kva retning samtalen skulle ta, opne for å snakke om tema eller sider ved tema som kanskje ikkje hadde komme opp dersom bileta ikkje vart nytta. Eg hadde også eit ynskje om at bileta kunne fungere som ein støtte for både deltakarane og for meg som intervjuar, dersom intervjuet skulle ha stoppa opp litt, eller blitt utfordrande å halde i gang. Eit anna viktig poeng var å nytte bileta som eit verktøy for å få eit innblikk i kven «personen bak diagnosen» er.

4.4 Analyse

Analysen i denne studien baserer seg på eit metodisk rammeverk i kvalitativ psykologi kalla Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), eller fortolkande fenomenologisk analyse på norsk. IPA bygger på grunnleggjande prinsipp frå dei vitskapsteoretiske perspektiva fenomenologi, hermeneutikk og ideografi (Pietkiewicz & Smith, 2012). Det sentrale aspektet ved fenomenologi er å undersøkje korleis eit fenomen opptrer for eit individ, og korleis fenomenet blir snakka om og opplevd (Smith, Larkin & Flowers, 2009). Hermeneutikk er læra om fortolking av tekstar (Smith et al., 2009), og kan i denne studien handle om korleis deltakarane tokar og forstår eit fenomen. I IPA-studiar inngår forskaren i dobbel hermeneutikk ved å forsøke å tolke deltakarane sine tolkingar av eit fenomen (Smith et al., 2009). Ideografi retter fokus mot å undersøkje det individuelle perspektivet til delkarane i djubda, og analysere det i lys av den unike konteksten dei er i (Pietkiewicz & Smith, 2012). Målet med IPA er ikkje å utvikle ein generaliserbar teori, men heller å produsere ei djuptgåande undersøking av eit fenomen (Pietkiewicz & Smith, 2012). Å nytte IPA som metodisk rammeverk vert i denne studien sett som relevant da hensikta med prosjektet er nettopp det å gå i djubda og undersøkje korleis eit fenomen opplevast og erfarast, som eksempelvis det å oppretthalde eller skape ein aktiv livsstil når ein er psykosepasient innlagt i psykisk helsevern.

I analyseprosessen måtte intervjuet først og fremst transkriberast. Deretter vart analyseprosessen delt i fire steg; ta notat, utarbeide tema, lage kategoriar og lag ei oversikt over kategoriane (Pietkiewicz & Smith, 2012; Smith et al., 2009).

4.4.1 Transkripsjon og kategorisering

I etterkant av kvart intervju starta eg straks på transkripsjonen. Det vil sei at eg gjorde lydband om til tekst. Teksten systematiserte eg med tydelege teikn og markeringar, slik at toneleie, stemmebruk og kroppsspråk relevant for korleis eit budskap kan tolkast vart registrert. Allereie der starta analyseprosessen, og eg gjorde meg notat undervegs der eg gjorde eventuelle funn. Vidare las eg gjennom transkripsjonen fleire gonger. Dette gav meg moglegheit til å fordjupe meg i materialet, og til å få ny innsikt frå gong til gong (Pietkiewicz & Smith, 2012). Eg tok notat av observasjonar, kommentarar og refleksjonar av potensiell signifikans. Dette var observasjonar og refleksjonar rundt innhald (kva blir eigentleg sagt?), språkbruk (metaforar, symbol, repetisjonar, pausar), kontekst og innleiande tolkande kommentarar.

Vidare arbeida eg ut frå notat og kommentarar, heller enn med transkripsjonen. Derfor var det viktig at arbeidet med notat og kommentarar var gjort grundig og dekkjande, slik at dei reflekterte innhaldet i materialet best mogleg (Pietkiewicz & Smith, 2012). Målet med dette steget var å utarbeide tema, og fange opp essensielle kvalitetar ved datamaterialet knytt til erfaringar og opplevingar hos deltakarane. Relasjonar, både til dyr og til viktige andre, var eksempelvis eit slikt tema, som eg tidleg la merke til at kunne vere interessant å følgje, da det var noko som gjekk igjen hos alle deltakarane. Da dette også var ein komponent for helse som stod sentralt i det teoretiske rammeverket til oppgåva, bidrog det til ei avgjersle om å gjere dette til eit tema i analysane.

Eg lista så opp tema frå førre steg og sette dei i relasjon til kvarandre for å kunne trekke enkelte raude trådar. Dette steget innebar ein del tolking og diskusjon mellom meg og vegleiar, som gav meg eit utanfrå-blikk på materialet som sette meg på spor av tema og kategoriar eg elles kanskje ikkje hadde lagt vekt på. Det å gjere dimensjonane tid og stad til ein kategori, er eit eksempel på det. Nokre tema, eksempelvis relasjonar til dyr, vart fjerna i dette steget, da dei ikkje passa inn i den overordna strukturen, eller ikkje hadde nok dekning for å skrive nok om. Målet med dette steget var å gruppere tema ut frå likskapstrekk og raude trådar, for så å samle dei under ein overordna kategori med eit deskriptivt namn.

Kategoriene er på denne måten først og fremst basert på fellestrekk og sentrale tema vurdert til å ha mest dekning i datamaterialet. Kategoriene reflekterer også min interesse og førehandskunnskap om aktiv livsstil, fysisk aktivitet og livet på institusjon. Samtidig har også den utvida kunnskapen eg har tileigna meg i forbindelse med prosjektet, spelt ei rolle i etablering av desse kategoriene. Det vere seg kunnskap frå fag- og forskingslitteratur, samt sjølvbiografiske tekstar.

4.5 Metodiske refleksjonar

4.5.1 Forsking på eigen arbeidsplass

I ein periode på tre veker ca. seks månadar tidlegare enn datainnsamling føregjekk jobba eg som vikar som idrettspedagog ved samarbeidande institusjon. I same periode som datainnsamlinga føregjekk jobba eg som miljøterapeut ved behov. Eg hadde berre tre vakter ved institusjonen fordelt utover dei seks månadane, men til tross for få vakter var det som min arbeidsplass å rekne. I følgje Jacobsen (2015a) er ikkje det å forske på eigen arbeidsplass å rå ifrå. Det bør tvert imot oppmuntrast, så sant ein er klar over fordelar og ulemper ved å studere noko som er så tett på ein sjølv (Jacobsen, 2015a). Ein fordel ved å studere på eigen arbeidsplass er først og fremst den førehandskjennskapen ein har til det ein skal studere. Oppsummert har det å vere «insider» store fordelar knytt til at ein enklare får tilgang til informasjon da ein veit til kven og kvar ein skal gå for å innhente informasjon, samt kjenner uformelle strukturar og organisasjonelle diskursar (Jacobsen, 2015a). Dette opplevde eg som den fordelan eg hadde størst nytte av, altså fordelan av å vere kjent på institusjonen både i forbindelse med det å oppsøke deltakarane sjølv, og å finne rom der deltakarane kunne få informasjon om prosjektet og vidare kvar intervju kunne gjennomførast. Dette gjorde prosessen mindre avhengig av andre og dermed meir effektiv. I tillegg bidrog det til at eg kjente meg tryggare i ein kvar situasjon, enn eg truleg hadde gjort om alt var ukjent. Ein «insider» møter også ofte større openheit og tillit enn ein utanforståande (Jacobsen, 2015a). Eg merka spesielt godt at eg vart møtt med tillit både frå leiinga, tilsette og deltakarane.

Eg opplevde det også som ein stor fordel å ha kunnskap om og erfaring med utfordringar som kan oppstå i kommunikasjon med menneske med psykoseproblematikk. Kroppsleg åtferd som kan avvike frå det ein er vant til å møte, lang latenstid, blikk som vendte mot noko eg sjølv ikkje såg og at deltakarane mista fokus på samtalen til fordel for noko eg ikkje kunne høyre, er eksempel på situasjonar som oppstod. Dersom ein ikkje er vant til slik type åtferd, kan det

truleg for enkelte vere forstyrrende eller ubehageleg. Som følgje av at eg har god erfaring med dette i samtale med menneske med psykoseproblematikk, var dette noko eg hadde kompetanse til å møte utan å verte forstyrra, og med forståing for deltakaren.

Ulemper knytt til forskning på eigen arbeidsplass kan vere at ein som «insider» kan utvikle ei forutinnteken haldning til korleis ting er og korleis ting blir gjort, og dermed kan risikere å registrere det ein forventar å finne (Jacobsen, 2015a). På denne måten kan enkelte funn bli usett. Eg opplevde ikkje denne ulempa som relevant for mitt prosjekt, da det var vanskeleg å gjere seg opp ein meining om kva eg skulle finne på akkurat dette området. Oppsummert er andre potensielle ulemper knytt til at det kan vere vanskeleg å ta ei kritisk og open rolle (Jacobsen, 2015a). Eg opplevde at det å ta ei kritisk og open rolle gjekk greitt, truleg fordi eg ikkje hadde jobba særleg med dei som deltok i mitt prosjekt, og dermed ikkje kjente dei særleg frå før. Teorien eg hadde undersøkt i forbindelse med prosjektet bidrog antakeleg også til å enklare kunne ta ei kritisk og open rolle, ved at eg hadde nye omgrep og teoretiske perspektiv å «tenke med» i møte med både institusjonell praksis og pasientar.

Til tross for at ein klarar å ta rolla som forskar, kan det likevel hende at ein vert oppfatta som partisk, eller mistenkt for å utføre eit oppdrag frå leiinga (Jacobsen, 2015a). Det kan også skje at ein avgrensar seg eller sensurerer seg, som følgje av at ein kanskje skal tilbake til same arbeidsplass (Jacobsen, 2015a). Med desse fallgruvane i bakhovudet var eg bevisst korleis eg kunne framtre og kva eg kunne sei, eller unngå å sei, i forsøk på å unngå å bli mistenkt for å utføre eit oppdrag frå leiinga eller å vere partisk, og å unngå å avgrense meg eller sensurere meg for mykje. Konkrete tiltak eg gjorde i lys av desse fallgruvane, var først og fremst å spesifisere for deltakarane innleiingsvis i intervjuet, at eg i den samanheng var student og at eg hadde full teieplikt ovanfor alle ved institusjonen og omvendt, at eg hadde teieplikt ovanfor prosjektet når det kom til opplysningar eg eventuelt hadde fått om deltakarane gjennom arbeidsforholdet mitt ved institusjonen. Eg forsikra deltakarane om at alt som vart sagt under intervjuet ville bli i forskargruppa.

I mitt tilfelle kan det vere ei potensiell ulempe at deltakarane kjente til min bakgrunn som idrettspedagog. Da det jobbar ein idrettspedagog ved institusjonen, hadde deltakarane truleg eit inntrykk av korleis idrettspedagogar jobbar i praksis, kva dei jobbar for og kva deira rolle er, basert på arbeidet idrettspedagogen ved avdelinga gjer. Dette kan ha ført med seg antakingar om mine haldningar, som igjen kan ha påverka svara til delkarane i ei eller annan

retning. Til dømes at dei svare det dei trudde eg ville høyre, eller det dei trudde var «riktig» å svare.

Eg forsøkte å finne ein balanse mellom å vere open og å ikkje dele for mykje av min faglege ståstad på feltet. Eg opplevde at det å finne ein balanse på kor sensurert og avgrensa eg skulle vere varierte litt frå intervju til intervju, da deltakarane responderte ulikt på min rolle og min openheit eller ikkje openheit. Til eksempel stilte den eine deltakaren enkelte av spørsmåla tilbake til meg om mine interesser. Eg valte å svare på desse spørsmåla med den hensikt å skape ein gjensidig tillit, da eg ikkje kan forvente at andre skal opne seg til meg dersom eg ikkje kan fortelje litt om meg sjølv. I alle tre intervjuva valte eg ved enkelte tilfelle å respondere på deltakarane sine svar på ein stadfestande og støttande måte, for å på eit vis oppmuntre og bygge under på sjølvtrilliten til deltakarane i intervjusituasjonen.

Alt i alt, skulle eg verken bevise at noko var gale eller forske på noko som kunne oppfattast som mistenksamt, så det er lite som tydar på at studien vart så farga av arbeidsforholdet at den mistar verdi (Jacobsen, 2015a). Eg opplevde dessutan at eg merka meir til fordelane knytt til å forske på eigen arbeidsplass, enn ulempene lista over. Dette var antakeleg som følge av eit arbeidsforhold prega av få vakter og lite interaksjon med dei respektive deltakarane, og eit tema som var så ope og usnakka frå før.

4.5.2 Bruk av bilete og gåande intervju

I forbindelse med bruk av gåande intervju og bilete som visuelt hjelpemiddel, såg eg det som viktig med metodisk fleksibilitet frå mi side. Metodisk fleksibilitet såg eg som sentralt for å unngå å legge for mykje press på deltakarane, som potensielt kunne ført til at dei vegra seg for å delta, eller at dei fekk ei oppleving av å ikkje strekke til. Den metodiske fleksibiliteten innebar openheit for at intervjuva kunne gjennomførast også under andre omstende enn ein gåtur, og at det ikkje nødvendigvis var så viktig om deltakarane faktisk hadde teke to bilete. Så lenge deltakarane hadde fått i oppdrag å ta to bilete, tok eg utgangspunkt i at dei uansett hadde gjort seg tankar om kva dei bileta kunne illustrere, og at det kunne danne grunnlag for samtale likevel. Eg spurte derfor deltakarane *om dei var interesserte* i å gjere gåande intervju og *om dei hadde lyst* å ta to bilete, framfor å forlange eller beordre dei til å gjere det.

Ein av grunnane til at eg ynska å vere fleksibel når det kom til dette, er at eg kjenner til at det er mange menneske med psykoseproblematikk som har eit ambivalent forhold til telefonar og

skjermer. Grunna lidinga si er det mange som opplever at sanseintrykka deira vert forstyrra, og at bilete/video eller lyd får eit anna uttrykk enn det eigentleg har, noko som kan vere svært skremmande. Det er også nokon som opplever at dei blir overvaka og vel i periodar å distansere seg fullstendig frå mobile einingar. Det same gjeld når det kjem til å gå tur. Det er for enkelte inntrykk i naturen som kan vere forstyrrende og skremmande, eller at dei har fysiske utfordringar knytt til å gå. Utfordringar knytt til mobile einingar og det å gå tur var noko eg ikkje kunne vite om gjaldt deltakarane eg kom til å få rekruttert til prosjektet, og ville derfor vere open for at dei kunne stå fritt til å velje, utan å måtte grunne det.

Eg opplevde at både gåande intervju og bruk av bilete som visuelt verkemiddel var styrkande for prosjektet sin metode. Ikkje alle ynskja å gå tur, og ikkje alle hadde teke to bilete. Eg opplevde det som uproblematisk, da deltakarane hadde tankar og refleksjonar rundt kvifor dei ikkje ynskja å gå, og kva dei eventuelt hadde planar om eller kunne ha teke bilete av. Dette gjorde at alle tre intervjua hadde ein positiv effekt av ideen om bildebruk og gåande intervju.

Den einaste utfordringa eg opplevde knytt til gåande intervju var at det oppstod støy på lydbandet som følgje av vind og uregelmessig aktivitet og avstand mellom meg og deltakaren. Dette var særleg på første intervju, da det var særleg vind den dagen. Dette gav utfordringar og krevde ekstra nøyaktigheit og tid i transkripsjonen av det første intervjuet, men det aller meste av lydbandet var likevel mogleg å forstå.

4.5.3 Studien sin truverdighet

Reliabilitet og validitet er to nemningar som i vitenskapleg forskning vert sett som essensielle å vurdere før ein kan trekke gode konklusjonar (Jacobsen, 2015b; Thagaard, 2018). I kvalitative forskingsprosjekt vert validitet og reliabilitet beskrive på ein annan måte enn i naturvitenskaplege forsøk, og det kan vere meir riktig å argumentere for prosjektet sin truverdighet (Shenton, 2004). Fire sentrale punkt i argumentasjon for truverdighet i eit kvalitativt forskingsprosjekt er *gyldigheit*, *overførbarheit*, *pålitelegheit* og *forskaren sin objektivitet* (Shenton, 2004).

Gyldigheit kan innan kvalitative forskingsprosjekt representere den interne validiteten (Shenton, 2004; Thagaard, 2018), som omhandlar i kor stor grad resultata i studien stemmer overeins med den verkelegheita deltakarane i studien beskrev. Bruk av ein veletablert metode, kjennskap til kulturen prosjektet vert gjennomført i, ærlegdommen til deltakarane og

bakgrunnsforståinga mi som forskar er faktorar som påverkar gyldigheita (Shenton, 2004). Gyldigheita i dette prosjektet vurderast til å vere god i den grad dei ovanfor nemnte faktorane kan kontrollerast for. Det er nytta ein veletablert metode med gitte metodiske retningslinjer og krav. Eg har god kjennskap til dei kulturelle rammene rundt prosjektet, både med kunnskap og erfaring på feltet. Kor vidt deltakarane er ærlege er vanskeleg å kontrollere for, men det er forsøkt lagt opp til eit intervju med spørsmål som i utgangspunktet ikkje skal vere graverande eller krevjande å svare ærleg på. Dessutan vart dei oppfordra til å ikkje svare på spørsmål dei opplevde å ikkje ville svare på. Mi bakgrunnsforståing har eg forsøkt å gjere så nøytral og brei som mogleg, ved å gjere meg bevisst moglege fallgruver, og ved å innhente så mykje informasjon og kunnskap som mogleg gjennom tidlegare empiri på fagfeltet. Dette vil truleg bidra til å redusere risikoen for at min bakgrunnskunnskap kan påverke gyldigheita negativt, men det vil ikkje nødvendigvis eliminere denne faktoren.

Overførbarhet kan samanliknast med ekstern validitet, som vil sei kor vidt resultata kan overførast til andre situasjonar (Thagaard, 2018). Da prosjektet har eit avgrensa utval med få deltakarar er det vanskeleg å argumentere for at resultata kan overførast til andre grupper og situasjonar, også fordi kvart utval er unikt (Shenton, 2004). Likevel representerer utvalet ein del av ei større gruppe, og det kan tenkjast at resultata til ein viss grad kan reflektere erfaringar og opplevingar andre pasientar i tilsvarende situasjon kan ha (Shenton, 2004). Det er viktig å beskrive tematikken nøyaktig og detaljrikt for at utanforståande skal kunne gjere seg opp ein vurdering om kor vidt funna er representative i andre utval eller i andre situasjonar (Shenton, 2004). I dette prosjektet er det derfor lagt vekt på å vere detaljert om metodar og framgangsmåtar og konkrete hendingar, for å gi eit reelt grunnlag for å vurdere dette.

Pålitelegheit er eit omgrep som kan representere reliabiliteten i prosjektet (Shenton, 2004). I naturvitskapleg forskning vil reliabiliteten referere til at metoden kan nyttast av ein annan forskar og gi same resultat (Thagaard, 2018). Da forskaren er ein sentral del av metoden i kvalitative studiar, kanskje spesielt i IPA der dobbel hermeneutikk inngår som eit sentralt element, er det problematisk å vurdere reliabiliteten etter det kriteriet. Derfor er det meir relevant å argumentere for pålitelegheita gjennom å greie nøye ut om korleis datainnsamling og handtering av data har føregått (Thagaard, 2018).

Forskaren sin objektivitet handlar om evna forskaren har til å halde ein viss avstand mellom seg og det som skal undersøkjast. Ein måte å vise dette på i mitt prosjekt, kan til eksempel innebere å legge fram resultatata på ein måte der eg presiserer at det er eit resultat av erfaringar, opplevingar og oppfatningar hos deltakarane, og ikkje av meg som forskar (Shenton, 2004). I tillegg nyttar eg teori og tidlegare forskning for å etablere ein moglegheit for å skape ein nødvendig avstand.

4.6 Etiske refleksjonar

Studiar på menneske krev nøye etiske områdingar. Markula og Silk (2011) viser til The Nuremberg Code, som tek føre seg ti etiske prinsipp i forskning på menneske. Sentrale poeng i desse prinsippa er at forskning bør basere seg på tidlegare forskning, den må ha nytteverdi, skal ikkje vere til skade og potensiell risiko skal vurderast til å ikkje overgå potensielle fordelar.

Dette prosjektet er ikkje berre ein studie som involverer menneske, men utvalet kategoriserast også som ei sårbar gruppe i følgje De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer (2005). Pasientar under psykisk helsevern vert sett som ei gruppe med potensiell redusert samtykkekompetanse (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer, 2005), noko som vil sei at det kan vere faktorar som kan påverke evna deira til å forstå eller gjere rasjonelle vurderingar. Som nemnt var eit av inklusjonskriteriane for deltaking i dette prosjektet å vurderast til å vere samtykkekompetent. For å vere samtykkekompetent må ein vurderast til å vere i stand til å forstå formålet med prosjektet og eventuelle fordelar og ulemper knytt til deltaking (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer, 2005). I forbindelse med utveljing av deltakarar til dette prosjektet vart samtykkekompetansen vurdert med fagleg grunning av dagleg leiar og idrettspedagog ved institusjonen. Som samtykkekompetent låg det implisitt at pasienten ikkje var på sitt dårlegaste.

Den fjerde potensielle deltakaren i prosjektet, som først takka ja til å få informasjon om prosjektet, kan bidra som eit døme på at det kan vere krevjande og sårbart å inkludere personar med alvorlege diagnoser i forskning. I forbindelse med mottak av informasjon om prosjektet viste han tydeleg ubehag med sterk kroppsleg uro. Eg spurte raskt korleis han kjente seg i situasjonen, og fekk svar om at han kjente seg «dårleg». Samtalen vart derfor straks bestemt avslutta utan at den vart fullført. Vidare framkom informasjon om at han hadde sagt ja til å få informasjon under tvil, etter overtaling, og at intervjuet måtte avhenge av god «timing», for å få gjennomført intervjuet når han var «i form». Da eitt av kriteria for inklusjon

jo er at det skal vurderast til ikkje sannsynleg at deltaking i prosjektet skal opplevast belastande eller negativt for deltakar, vurderte eg, i samråd med vegleiar, det til at det mest etiske ville vere å beskytte vedkomande frå ytterlegare press i forbindelse med prosjektet, og bestemt ikkje deltakande.

Det at deltakarane i forskningsetikken reknast som ei sårbar gruppe har gjort at eg har måtte vore ekstra bevisst i kommunikasjon med deltakarane, både før, under og etter intervjuet. For å sørge for å handle etisk i intervjusituasjonen, har eg vore ekstra merksam på teikn som kan tyde på at deltakar er utilpass eller ikkje ynskjer å snakke om enkelte tema, da det kan vere viktig for å unngå ei negativ oppleving for deltakaren i intervjusituasjonen (Pietkiewicz & Smith, 2012). Eg presiserte i starten av intervjuet at terskelen for å pause eller stoppe intervjuet eller endre tema var låg. Det var også sikra at det var helsepersonell tilgjengeleg dersom deltakaren hadde behov for ein samtale i ettertid, da det vert sett som viktig for å reflektere rundt korleis deltakaren opplevde intervjuet (Pietkiewicz & Smith, 2012). Deltakarane vart også oppfordra til å kontakte meg med spørsmål, kommentarar eller ved behov for samtale angående prosjektet, dersom dei følte for det. Det har midlertidig ingen foreløpig gjort.

4.7 Presentasjon av deltakarane

Deltakarane i dette prosjektet er, som kjent, rekruttert frå ein behandlingsinstitusjon for menneske med psykoselidingar. Institusjonen er ein del av det samla psykiatriske spesialisthelsetjenestetilbodet i sin region. Ein kan finne institusjonen litt avsidesliggjande på ei høgde i skogen, med utsikt over skog og gardar så langt auge kan sjå, og med hage rundt. Frå utsida kan ein sjå eit hovudbygg ved sidan av ein låve. Utanfor er ei volleyballbane og ein kan sjå ein hengar med kanoar, som giveleg høyrer institusjonen til. Ser ein inn eit av dei store vindauga, kan ein sjå små papirfuglar som svevar rundt.

Institusjonen er ein døgneinheit med 12 langtids-sengeplassar, samt to brukarstyrte plassar, og listene for å få innvilga behandlingsplass er til tider lang. Tilbodet er i utgangspunktet for pasientar i aldersspennet 18-65 år. Når det er sagt er overvekta av pasientane ved institusjonen vanlegvis i det yngre alderssjiktet, frå 18-35 år. Ved institusjonen arbeidar høgt kvalifisert helsepersonell beståande av psykologar, psykiater, spesialisjukepleiarar og miljøarbeidarar med spesialutdanning. Derfor er institusjonen sikra høg kvalitet og variasjon i behandlings- og aktivitetstilbodet sitt.

For å bevare konfidensialiteten vert deltakarane og institusjonen omtalt med fiktive namn. Deltakarane har fått namna Chris, Eine og Jonne. Institusjonen har fått det fiktive namnet Blomsterhagen.

Kjønnet deltakarane vert omtalt med i denne oppgåva gjenspeglar ikkje nødvendigvis det opphavslege kjønnet. Dei blir omtalt som han eller ho, men det treng ikkje å ha samband med det verkelege kjønnet. Kjønn kan likevel potensielt ha ei betydning for kva som kjem fram i intervjuet, og eit døme på det er Lauveng (2014) sin beskriving av at symptom på ein psykoseliding kan vere kjønna ved at til dømes gutar ofte kan ha hallusinasjonar om romvesen medan kvinner kan ha hallusinasjonar om dyr. Eg har likevel valt kjønn til ikkje å vere eit tema for denne oppgåva, for å sette klare rammer og gjere avgrensingar. Eg ser det også som hensiktsmessig å oppgi minst mogleg informasjon om deltakarane da tal deltakarar er lite og potensielt kan gjenkjennast av kjente andre.

Det første intervjuet, med deltakaren eg har kalla Chris, vart gjennomført utanfor eit hestesportsenter, der vi var omringa av hestar i ein utandørs innhegning. Dette på initiativ frå Chris som grunna det med eit ynskje om å vere nær noko som står sentralt i han sitt liv. Neste intervju vart gjennomført med deltakaren eg har kalla Eine, under ein gåtur langs ein grusveg i eit skogsområde, som ein del av ein fellestur saman med andre pasientar. Omstende var godtkjent av Eine. Eine og eg gjekk åtskilt frå dei andre, nok til å sikre at ingen hørte samtalen. Siste intervju med deltakaren eg har valt å kalle Jonne, vart gjennomført under rolege omstende i ei tv-stove ved institusjonen etter hennar ynskje.

Sjølv om sjukdomshistoria til deltakarane bevisst ikkje har fått plass i dette prosjektet, opplevde eg at deltakarane og intervjuet var noko prega av kvar i sjukdomsløpet den respektive kan ha vore da intervjuet vart gjennomført. Til dømes informerte Jonne om at innleggelsen ved institusjonen innebar nedtrapping av medisinar. Det tolkar eg dit hen, at Jonne var i ein forbettringsfase i sjukdomsløpet og dermed i ein «god periode». Dette intervjuet var prega av mykje konstruktiv og rasjonell tale, openheit og eit tydeleg ynskje om å dele. Eine synt seg først svært usikker og med store vanskar knytt til å sette ord på eigne tankar. Etter ein lang samtale kunne det verke som han streva med noko som påverka evna til å sette tankar ut i tale. Det kom ved ein anledning fram at Eine hørte stemmer som ikkje opptredde for meg som intervjuar. Som intervjuar med bakgrunnskunnskap om vanlege symptom på psykoselidingar er det fort å bli nysgjerrig på kva som ligg bak denne

«usikkerheita», eller vanskane med å sette tankar ut i ord. Eg har stilt meg personleg undrande til om Eine har stemmer som hindrar han i å sei det han vil. Eller om det er eit kaos inne i han som gjer at han som person ikkje klarar å tre fram. Kvar Eine var i sjukdomsløpet kom ikkje tydeleg fram gjennom samtale, men det kan antakast at han var i ein tilstand som var prega av kaos, på bakgrunn av kunnskap om at vedkommande var innlagt ved institusjonen, og har ein alvorleg psykisk diagnose han ikkje klarar identifisere seg med. Sjølv ytra Eine eit sterkt ynskje om å verte «frisk», og sa han forsøkte å innhente mest mogleg kunnskap om diagnosen. Eine sa han var oppteken av å innhente denne typen informasjon i den grad at han stilte spørsmål ved om det eigentleg var bra for han. Dette bidreg til mine antakingar om at Eine var i ein fase i sjukdomsløpet som var prega av kaos og høgt symptomtrykk.

Chris fortalte at både opphald og medisinerer skjedde på tvang. Det kom tydeleg fram at Chris som pasient ikkje trivdes ved institusjonen og gjerne skulle sett situasjonen sin på ein annan måte. Intervjuet var prega av konstruktiv, rasjonell samtale, og han delte mykje om seg sjølv og livet sitt. Samtidig verka det som Chris hadde ein avstand til seg sjølv som ikkje heilt kan beskrivast. Han snakka som om at han ikkje var deltakar i eige liv på daverande tidspunkt, men heller deltakar i livet slik det var før, eller slik han ynskjer at det skal bli i framtida. Som om livet no var eit liv på sida av det livet han eigentleg lever.

5.0 Analyse og funn

I følge IPA skal den analytiske merksemda primært rettast mot deltakaren, og det anbefalast at eg som forskar forsøker å sette meg inn i deltakaren sin situasjon så langt det er mogleg (Pietkiewicz & Smith, 2012). IPA har som mål å undersøkje og forstå eit fenomen både frå deltakaren sitt perspektiv, men også frå eige perspektiv, og ved å samanfatte desse få ei større samla forståing (Pietkiewicz & Smith, 2012).

5.1 Kategoriar

Funna er presentert i dei to overordna delkapitla *Bileta* og *Intervjua*, for å legge fram funna mine på ein mest mogleg ryddig og oversiktleg måte. Vidare vil overskriftene *aktiv livsstil som omgrep*, *støtte til ein aktiv livsstil*, *relasjonar*, *å vere på sida av eige liv* og *autonomi og umyndiggjering* representere kategoriar eg har valt å presentere funn frå intervjua i.

5.2 Sitering

Sitat frå intervjua nyttast i presentasjonen av funn og analysar for å auke presisjonen til datamaterialet. For å finne sentrale sitat gjekk eg tilbake i transkripsjonen med tilhøyrande eigne notat og søkte etter nøkkelord relevante for det aktuelle tema. Eksempel på slike nøkkelord er *familie*, *hest*, *roing*, *tur*, *mor*, *venninner*, *film*, *serie*, *kafe*, *song* eller *draum*. Desse nøkkelorda var sentrale ord eg var bevisst på å nytte i arbeidet med å kople notat til transkripsjonen, eller eventuelle omgrep eg hugsa at deltakarane sjølv nytta i forbindelse med det relevante tema. Dei sitata eg såg som relevante til å bidra i formidling av eit poeng er nytta i dette dokumentet, medan sitat som verka overflødige eller ikkje vart vurdert til å ha ein signifikant verdi inn mot dei kategoriane som har størst signifikant evidensbase vart valt vekk.

Sitat markerast med innrykk, satt i kursiv med hermeteikn, samt kven av deltakarane sitatet er frå. Der sitatet er satt saman av fleire setningar, der til dømes innhaldslause kommentarar frå intervjuar og/eller munnlege, innhaldslause ord som ehm, hm og mhm opphaveleg er ein del av samtalen, men teke vekk, er markert med [...]. Det same gjeld også der sitatet er samansett frå ulike delar av intervjuet, til dømes der eit tema blir gjenoppteke. Der namn på behandlarar, tilsette eller andre institusjonar blir nemnt vert det markert med X, for å bevare konfidensialiteten. Stadnamn og andre gjenkjennelege opplysningar vert presentert med fiktive namn.

Eine hadde som tidlegare nemnt tidvis utfordringar med å ordlegge og formulere seg. Dette påverka talen i stor grad, og gav mange pausar, nølingar, gjentakingar, uferdige setningar og innhaldslause pauseord og hengande vokalar som «ehm», «mmm» «aaaa» «eeee». For å få fram budskapen i sitata frå Eine utan forstyrringar frå unødvendige munnlege utsagn, vel eg derfor å kutte vekk slike ord eller setningar, som i heilskapen ikkje gir sitatet ytterlegare innhald. Eg viser her eit eksempel på eit sitat slik det opphavelig hadde vore utan å kutte ned på det, og korleis det vil sjå ut i analysane mine.

Opphavelig: «[...] ooog så har jeg sånn voksenopplæring gitargruppe. Som jeg er på. Eeh. [...] På mandag og tirsdager [...] Eeh. Det er jo.. Eeh.. eeh. Eeeh. Det er.. Eeeh. På en måte. Jeg spiller. Mm.. Gitarkurs da, på mandager. Så på tirsdag er det band. Så forskjellen er vel det atte det er forskjellig dag.. sånn. Så da.. [...] Ja, spiller gitar på begge, ja. Det gjør jeg. Ja d...»

Nedkorta: «[...] ...så har jeg sånn voksenopplæring gitargruppe. Som jeg er på. [...] På mandag og tirsdager [...] Gitarkurs da, på mandager [...]»

Eg vurderer dette som hensiktsmessig i Eine sitt tilfelle, da alle disse munnlege utsagna kan verke forstyrrende for lesaren, og påverke korleis budskapen vert oppfatta.

5.3 Bileta

Deltakarane fekk som beskrive under kapittel 4.3.3 *Bileter som visuelt verkemiddel* i oppgåve å ta eitt eller to bilete med mobilen sin, dersom dei ynskja, og dei skulle ta med bileta til intervjuet. Alle tre deltakarane stilte spørsmål ved kva motivet på desse bileta kunne innebere, men eg valte å svare at det var ei open oppgåve og at dei kunne tolke det litt som dei ville, og presiserte at det ikkje er nokon fasit.

Da eg møtte Chris til intervju sa han at han ikkje hadde fått teke dei bileta han hadde planlagt, da han hadde eit ynskje om at dei skulle vere teke ved eit hestesportsenter, og ikkje hadde vore der etter at han snakka med meg to dagar før. Etter forslag frå Chris bestemte vi oss derfor for å køyre til hestesportsenteret for å gjennomføre intervjuet der, slik at han fekk moglegheit til å ta dei bileta han ynskja. Som eit alternativ til å ta eit bilete tok vi heller opp samtalen om eit potensielt bilete av det vi såg rundt oss. Chris fortalte at han har drive med hest sidan han var 6 år, og har drive både med sprangriding og stell av hest store delar av livet. Den einaste interaksjonen Chris hadde med hestar under opphaldet på Blomsterhagen

var ved å besøke hestesportsenteret vi stod utanfor, for å sjå på ridetreningar fast kvar tysdag. Så sant Chris kjente seg i form, var han der for å sjå, men hadde på tidspunktet til intervjuet ikkje ridd på over eitt år.

Chris hadde også tankar om kva han hadde teke bilete av dersom han skulle teke eitt bilete til. Igjen snakka vi om eit bilete vi ikkje såg visuelt framfor oss, men som Chris heller beskreib med ord.

«For eksempel opp en.. jeg vet ikke.. et eller annet for å vise.. eller.. et sted hvor det er noe steiner, eller.. litt oppoverbakke da kanskje. På veg opp bakken kanskje? [...] For å vise at jeg liker å gå på tur. Jeg vet ikke.» (Chris)

Chris ville ha teke bilete av noko i naturen som hadde vist at han likar å gå på tur. Han fortalte at han normalt hadde likt å gå på tur, men at han stadig har utfordringar som gjer at han blir hindra.

«[...] Nå har det jo vært knærne da. [...] Så har jeg vært så mye svimmel at jeg hakke... hakke orka å gått no. [...] Så jeg har vært i så dårlig form at jeg hakke orka så mye [...] Menne.. Jeg skulle gjerne ha gått litt igjen.» (Chris)

Det verka som det å gå på tur var noko Chris gjerne skulle gjort oftare, og at han har tankar om at det er noko han skal gjere meir av i framtida.

«Så jeg gjør nok det når snøen og isen er borte så kommer jeg til å.. Det er ikke så mye nå da. Menne.. Nå til våren så kommer jeg nok til å begynne å gå mer igjen..» (Chris)

Interessa av å gå på tur var også det Jonne fortalte at ho hadde tankar om å formidle gjennom biletoppgåva. Jonne hadde planlagt å gå ein tur for å ta bilete, men gløymte undervegs å ta fram telefonen for å knipse bilete. Jonne hadde derfor heller ikkje eit visuelt bilete å vise fram, men hadde tankar om kva det kunne vore av, og beskreib det kort med ord.

«Jee.. tenkte å ta bilde av vegen, liksom. [...] Litt sånn.. det er jo. Aktivitet, på en måte, sånn jeg ser på det, da.» (Jonne)

Jonne snakka om gleda ho har for å gå på tur og det å vere i kontakt med naturen. Spesielt likar Jonne temperaturen om våren og på hausten, og at det på desse årstidene er veldig fint å gå tur. Jonne snakka spesielt om våren som ei fin tid.

«Elsker våren, det er den beste årstiden. Det virker som alle kommer litt ut av hiet sitt.. det er som.. det.. s.. fremmede smiler til deg og sånt. Det gjør de ikke på vinteren. [...] Og spesielt å høre på fuglekvitring, så det er derfor jeg er så glad i våren.»
(Jonne)

Jonne snakka om våren som ei tid der både menneske og dyr trer fram som livlege og tilstades. Det positive med våren er dermed ikkje berre temperaturen og vêret, men det er også eit sosialt aspekt der. Dersom Jonne skulle teke enda eit bilete hadde også det vore ute i naturen, helst i fjellet eller kanskje i skogen. Eg vart nysgjerrig på kva det å gå på tur gjer med Jonne, som gjer at ho likar det så godt.

«Jeg får en sånn indre.. indre ro, på en måte. Veldig deilig. Jeg synes det er behagelig.» (Jonne)

Det var tydeleg at Jonne set det å vere ute i naturen høgt. Samtidig fortalte Jonne at også ho hadde nokre fysiske utfordringar som sette avgrensingar for ho på daverande tidspunkt.

« [...] nå har jeg fått en senebetennelse, eller et eller annet sånn «plantar facitt» i foten. [...] Så ja.. jeg.. har blitt litt hemmet av det, da. Så jeg har ikke fått gått så mye, de siste ukene. [...] Men da jeg kom hit så var jeg med på alle gåturene, i noen måneder, tre måneder, tror jeg? Før jeg måtte slutte.» (Jonne)

Jonne får ikkje gått så mykje på tur som ho pleier, eller som ho gjerne skulle ynskje at ho kunne.

Eine var den einaste som faktisk hadde med to bilete av seg sjølv i aktivitet, som han hadde fått hjelp til å ta i forbindelse med intervjuet. Det første biletet var av Eine på ei romaskin. Han snakka om roing som ein idrett han kunne tenke seg å byrje med, da han hadde lest og høyrte mykje positivt om den. Eine trakk spesielt fram fordelar som at roing kan gi eit godt fellesskap, moglegheit for å kome tett på naturen, og at det er god trening. Biletet var dermed av noko Eine ser føre seg som noko som kan inngå i ein aktiv livsstil i framtida.

Det andre biletet var av Eine i ein idrettshall, ikledd treningskle og innesko, og med eit stort glis. Eine fortalte at han hadde spelt fotball da biletet vart teke, og vart bedt om å forklare litt kvifor han valte å ta akkurat det.

« [...] Kanskje fordi jeg var litt sliten og.. etter å ha trent.. litt sånn.. litt sånn mestring og litt sånn.. kanskje [...] Jeg vet ikke. Ja. Jeg hadde jogga.. løpt litt mye, mer enn jeg har gjort.. og så.. følte jeg at jeg fikk brukt kroppen litt [...].» (Eine)

Eg merka det store gliset hans, og sa at han såg veldig glad ut på bilete. Eine sa at han hadde gjort det litt bevisst og at han hadde prøvd å smile, medan han humra smått. Eine valte med andre ord å legge til eit smil på eit bilete som skulle vise noko av han sin aktive livsstil.

5.4 Intervjua

Som beskrive under kapittel 4.3.1 *Intervju*, hadde eg forberedt ein intervjuguide som danna rammene for intervjuet. Tema som dukka opp da vi snakka om bileta overlappa naturlegvis med den øvrige samtalen, og eg lærte meg vidare i intervjuet å kjenne fleire av interessene og hobbyane til deltakarane, og plukka opp fleire sentrale dimensjonar ved det å vere i aktivitet.

5.4.1 Aktiv livsstil som omgrep

I løpet av intervjuet fekk deltakarane spørsmål knytt til korleis dagane deira ser ut, kva dei likar å halde på med både innandørs og utandørs, kven dei likar å vere saman med, kva draumar dei har og kva dei hadde gjort dersom dei hadde hatt ein dag til rådighet til å gjere kva dei vil. Alle tre fortalte om opp til fleire hobbyar eller interesser dei enten held på med eller tidlegare har heldt på med, har eit ynskje om å halde på med, eller berre er nysgjerrige på.

Chris fortalte til dømes at i tillegg til å halde på hest pleier han å sjå tv-seriar og film kvar kveld, særleg når han er innlagt på Blomsterhagen. Han snakka også mykje om det å reise og oppdage nye stadar. Utan at han sa ordrett at han er glad i å reise, var det det eg forstod ut frå entusiasmen han viste da han snakka om det. Chris fortalte også at han kvar dag har faste bilturar saman med personalet på Blomsterhagen.

Da Chris svara på spørsmålet om kva ein aktiv livsstil er for han, tyda det på at aktiv livsstil er noko Chris ikkje identifiserte seg med på daverande tidspunkt.

«Mmm.. [Kremt] Hm.. for meg hadde det vært og... ehm.. for eksempel hatt mange hester å ri [....] Sånn der jeg rir i Elverum. Der.. Der har jeg jo flere hester jeg må ri hver dag. Mm.. Stå opp tidlig på morgningen, seks-syv tiden og ri... flere hester i løpet av en dag. Bruke dagen i stallen sammen med hestene. Det ser jeg for meg... Og jobbe hardt og trene hardt. Det ser jeg for meg som er min type aktive livsstil» (Chris)

Chris snakka om kva ein aktiv livsstil hadde vore, som om det var noko som ikkje angjekk han akkurat da i det heile.

Eine på si side fortalte, i tillegg til ynskje han har om å starte med roing, at han held på med fotball, gitar og bandspeling. Han er også oppteken av å lese, sjå på sport og nyheiter på tv og gå på heimekampar til fotballaget han held med. Eine er også glad i å lære språk eller tileigne seg ny kunnskap og lese aviser. Det kom også fram at Eine er glad i å sykle ute, springe, opphalde seg på ein bestemt stad i naturen, bade om sommaren og gå på kafé dersom vêret er dårleg, og at han gjerne går på kino eller på tur i nærområdet. Eine fortalte at han under opphaldet på Blomsterhagen øver på å spele munnspel og at han likar å spele kortspel saman med tilsette og andre pasientar.

Til trass for at Eine har ei rekkje hobbyar og at det kan verke som at han har eit relativt aktivt liv fylt med aktivitetar, hadde han tydelege utfordringar knytt til å sette ord på kva som er ein aktiv livsstil for han, og etterspurde eksempel på kva eg meinte da eg spurte om det. Det var vanskeleg å adressere kva Eine eigentleg opplever som ein aktiv livsstil. Eine fortalte at han opplever det som viktig å vere «i form» for å kunne ha ein aktiv livsstil, og at det fysiske og psykiske heng saman.

Jonne fortalte at ho er glad i å synge, og at det er noko ho har gjort mykje tidlegare, og held framleis med. Tidlegare har Jonne heldt på med fotball og turn, og har prøvd seg på handball og klatring. I forlenging av at Jonne er glad i å gå tur i skog og mark, fortalte ho at kunne tenkje seg og kanskje til og med starte opp med jogging igjen, da dette er noko ho har drive med tidlegare. Ho fortalte også om interessa si for tv-seriar og filmar. Ho har også nære relasjonar til familien sin og vennene sine, og fortalte at ho likar å nytte tid saman med dei. Reise er også noko Jonne likar. I framtida drøymmer ho om å få seg ein hund, ein Golden Retriever. Jonne fortalte også om eit livsverk ho har, som det verka som ho brenn veldig for og er stolt av. Dette livsverket inneberer å halde foredrag saman med mora si, om det å vere

pasient og pårørende, for ulike yrkesgrupper og andre som ynskjer det. Dette var noko Jonne fortalte om med iver og ytra eit ynskje om å kunne halde fram med det så lenge ho kan.

Som vi ser har også Jonne har eit innhaldsrikt liv, med aktivitetar, interesser og hobbyar. Da Jonne snakka om kva ein aktiv livsstil er for ho, snakka ho om livet sitt før som ein preferanse på kva det er for ho.

«Ja.. Da jeg var yngre, så var jeg jo veldig aktiv. Jeg trente, egentlig litt for mye, tror jeg. Eh.. jeg var veldig.. jeg lø.. løp. Jeg var veldig glad i å løpe. På lange turer. Løpe eh.. jeg syklet mye. Spilte fotball Eh.. Og det.. er jo noe jeg har lyst til å ta opp igjen. Eh, løping kanskje? Eller, hvertfall å gå raske turer og.. [...]» (Jonne)

Jonne fortalte om livet sitt tidlegare, da ho var så aktiv at det kanskje vart litt i overkant. Samtidig verka det som at ho gjerne skulle gått litt tilbake til slik det var. Jonne fortalte om ein av grunnane til at ho ikkje lenger er så aktiv.

«[...] gå ned i vekt og sånne ting er jo også noe som står på planen min. Nå er jo jeg her, på Blomsterhagen, for å trappe ned på medisiner. [...] Så no.. Jeg har gått på medisiner som har gitt vektøkning. Så den er jeg nesten i null på nå. Jeg er kommet til 5 milligram. Neste uke.. eller nå på torsdag, kanskje, så skal jeg trappe ned til 2,5, og så er det til null, da. [...]» (Jonne)

Jonne fortalte at ho skal trappe ned på dei medisinane som gjorde at ho gjekk opp i vekt, og vidare om korleis ho ser føre seg at kvardagen skal bli når ho endeleg er ferdig på medisinane.

«[...] Når den er ute av systemet, så blir det lettere for meg å gå ned i vekt, så da.. [...] Så det er veldig fint, og da skal jeg begynne den aktive hverdagen min [...] Da skal jeg gå lange turer, og.. kanskje etter hvert begynne å løpe litt.» (Jonne)

Da Jonne snakka om at ho har tidlegare har hatt ein aktiv livsstil, og at ho har planar om å etablere ein aktiv livsstil i framtida, vart eg nysgjerrig på kva ho tenkte om livsstilen sin på tidspunktet eg snakka med ho.

«Ja, nå er jo ikke livsstilen min så veldig aktiv, da [...] Den var jo det da jeg kom hit de første månedene, som sagt. Jeg var mye mer aktiv da [...] Men.. nå er det ganske rolig [usikker humring]». (Jonne)

5.4.2 Støtte til ein aktiv livsstil

På kva måte deltakarane opplever å få støtte ved institusjonen til å leve ein aktiv livsstil i høve til egne preferansar for kva ein livsstil er, syner seg for meg sprikande. Jonne beskreiv aktivitetstilbodet ved institusjonen.

«Jeg synes at Blomsterhagen er veldig, veldig flinke til å.. aktivere, hold jeg på å si. Altså, det å holde.. eh.. hvertfall tilbudet eh.. i gang, da. Det er.. det er ikke alle som benytter seg av det, men jeg synes jo det er helt supert. Det er jo 10-tur eh mandag, onsdag, fredag. Så er det torsdagstur.. eh.. som er litt lengre turer, da, som regel. Ehm.. og det er alltid tilbud om å gå, turer, utover det, og. De har et fantastisk trimrom [humring] [...]...som er kjempeflott. Og de har ballspill, og de har svømming. Ehm.. så det er jo.. så har de jo Håkon, da, som er veldig flink [...] Og det.. Ja, nei.. det er.. tilbudet er helt supert». (Jonne)

Som Jonne fortalte, har Blomsterhagen ein idrettspedagog med ansvar for motivering, organisering og gjennomføring av aktivitetar. Det kom også fram i fleire av intervjua at det er ein musikkterapeut tilknytt Blomsterhagen. I tillegg veit eg, som tilsett ved institusjonen, at det også er moglegheit for kunstterapi.

Jonne verka å vere tilfreds med aktivitetstilbodet ved institusjonen, men fortalte likevel at ho ikkje deltok så mykje på dei ulike aktivitetane. Det gjorde meg nysgjerrig på og om ho opplevde at tilbodet passa ho, og hennar interesser.

«Ja, egentlig [...] Eh.. nå har jeg bare fått den foten min som er litt vond, så jeg har blitt hemmet.. men [...] Det har jo vært veldig synd, da, at det skjedde [...] Men det er jo veldig typisk, og da.. for før jeg kom hit så var jeg veldig lite aktiv, og så å gå fra det, til å bli veldig aktiv... [...] ...plutselig, da skjer det jo noe.. [...] Men hvertfall så synes jeg Blomsterhagen har et supert tilbud». (Jonne)

Eine fekk også spørsmål om på kva måte han opplever å få støtte ved institusjonen til å leve ein aktiv livsstil i høve til egne preferansar for kva ein livsstil er. Først sa Eine at han som pasient til ein viss grad lever ein aktiv livsstil. Da Eine fekk spørsmål om å utdjupe det, hadde han igjen vanskar med å ordlegge seg, og sa han ikkje klarte å stole på hovudet sitt og

magekjensla si samtidig. På direkte spørsmål om han opplever å få støtte til ein aktiv livsstil på Blomsterhagen svara han at han opplevde det.

Det same spørsmålet gjekk til Chris, som på si side klart og tydeleg sa at han ikkje er nøgd med tilværet ved Blomsterhagen. Chris fekk moglegheit til å utdjupe dette, og svarte at han ikkje opplever å få støtte til å gjere dei aktivitetane han vil og at han ikkje opplever å få noko ut av opphaldet ved Blomsterhagen. På spørsmål om dette er noko han snakkar med personalet ved institusjonen om, svara han at han ved fleire anledningar har uttrykt eit ynskje om å få ri, men at det likevel ikkje vert teke omsyn til.

5.4.3 Relasjonar

Kategorien *relasjonar* er eit analytisk tema det er interessant å følge i analyse av datamaterialet i denne oppgåva. Relasjonar som kategori er interessant da det å bevare gamle relasjonar eller skape nye under eit opphald innlagt ved ein behandlingstasjon viser seg å vere ein sentral dimensjon for deltakarane når det implisitt er snakk om ein aktiv livsstil. Eit av spørsmåla i intervjuguiden inneberer kven deltakaren likar å vere med. Spørsmålet vart ikkje stilt direkte i alle intervju, men det kom likevel fram informasjon om relasjonelle forhold til både nære andre og perifere andre.

Alle deltakarane snakka under intervjuet om familie og/eller vener i ein eller annan samanheng. Særleg Jonne fortalte om familien sin, og relasjonen ho opplever at ho har med både foreldre og søsken. Jonne fekk spørsmålet om kven ho likar å «henge» med.

«Det er... hvertfall familien min. Jeg har jo tre søsken, som jeg har snakket om [...] Og de er jeg veldig nær, alle sammen [...] Vi er veldig gode venner, så.. så.. også er jeg veldig glad i å henge med pappa, og mamma, stefaren min og stemoren min, for så vidt» (Jonne)

Jonne fortalte at ho har to brør og ei syster, og at ho er blitt tante etter at systera fekk barn. Jonne har med andre ord ein stor familie rundt seg som ho står nær. I tillegg til nære relasjonar i familien, fortalte også Jonne om andre relasjonelle forhold.

«Ehm.. og så har jeg jo et par venninner som jeg har veldig.. som jeg er veldig nær, da. [...] Så de.. setter jeg høyt» (Jonne)

Familierelasjonar er eit tema som også dukka opp i intervjuet med Chris, i samanheng med at han fortalte at han har eit ynskje om å flytte nordover, vekk frå heimstad og familie.

«[...] jeg får veldig sånn befriende følelse når jeg vet at jeg er langt unna alle og bare kan gjøre som jeg selv vil [...] Ikke at det er noe med dem. Jeg er kjempeglad i dem, men jeg bare liker å kunne ta litt tid for meg selv også... [...] Så jo lenger unna på en måte jeg kommer, ikke nødvendigvis menneskene eller familien min, men stedet.. og bare kunne kommet meg liksom et stykke unna hadde gjort veldig mye..» (Chris)

Både Chris og Jonne snakka om familien og/eller vener på ein måte som kan vitne om positive relasjonar. I intervjuet med Eine var det lite direkte snakk om relasjonar til andre. Det eine relasjonelle forholdet som direkte vart uttala, er forholdet han har til mor. Dette vart uttala som eit sidespor i samtale om fotball og kvar laget han held med kjem frå.

«Hun har kanskje vokst opp kanskje litt mere tøft miljø enn det jeg har vokst opp i.. på en måte.. noen områder da. Kanskje at man måtte være trent og sånn, ha talent og sånn.. [...] Jeg bare tenker videre på.. [...] når jeg var litt yngre [...] så snakka meg og moren min litt om det, da. Sånn.. ikke om det, men om at.. [...] hun hadde kanskje [...] forestilt seg hvordan ting skulle gå med meg, og sånt. Men så.. [...] ble jeg jo dårlig da.» (Eine)

Eine forklarte ei oppleving av at mora hans hadde andre forventingar til han si framtid enn det som vart verkeleggjort. Da eg bad Eine snakke om ein aktiv livsstil var det dette som dukka opp i hukommelsen hans, at mora kanskje hadde sett føre seg at Eine blant anna skulle få eit talent for noko og å vere godt trena. Eine forklarte vidare at sjukdom kom i vegen for desse forventingane og at han som følgje av det gjekk frå å legge på seg av medisinar, til å ikkje kunne ta til seg næring anna enn gjennom sonde, og vart veldig tynn. Eine beskreiv ei kjensle av at BMI hadde blitt viktig for han som følgje av det han hadde vore gjennom.

Det vart ikkje snakka meir direkte om relasjonen han opplevde å ha til mor, men han fekk seinare i intervjuet spørsmål knytt til på kva måte den omfattande omtalen om trening og sunt kosthald i media appellerer til han. Eine fekk igjen utfordringar knytt til å sette ord på tankane sine. Han viste dermed til ein song han opplevde at set ord på opplevingane han har knytt til denne problematikken. Eine vart utfordra på å sette ord på kva songen handlar om.

«Ja, det var vel litt innpå det vi var inne på i sta, med moren min... [...] nå er jeg er tredeve år da, så jeg burde kanskje ikke tenke så mye på det lenger, sånne.. [...] men jeg gjør egentlig ikke.. jeg tror egentlig ikke jeg gjør det heller [usikker humring]»
(Eine)

Songen han snakka om er «Thursday» med Jess Glynne. I dette utdraget av songen er budskapet klar.

<i>I won't wear makeup on Thursday I'm sick of covering up I'm tired of feeling so broken I'm tired of falling in love Sometimes I'm shy and I'm anxious Sometimes I'm down on my knees Sometimes I try to embrace all my insecurities So I won't wear makeup on Thursday 'Cause who I am is enough</i>	<i>And there are many things that I could change so slightly But why would I succumb to something so unlike me? I was always taught to just be myself Don't change for anyone</i>	<i>I wanna laugh, I wanna cry Don't want these tears inside my eyes, yeah Don't wanna wake up and feel insecure I wanna sing, I wanna dance I wanna feel love inside my hands again I just wanna feel beautiful</i>
---	---	---

(Jess Glynne, Ed Sheeran & Steve Mac, 2018).

Budskapet i songen kan tolkast til å handle om å ta eigarskap til seg sjølv og tru på at ein er god nok som ein er. Den handlar om å ikkje vere usikker på seg sjølv og ikkje lat oppfatninga av andre sine forventningar påverke ein til å vere noko ein ikkje er eller gjere noko ein eigentleg ikkje står for berre fordi andre forventar det.

Mitt intrykk var at Eine har opplevd forventningar eller ynskjer frå mor om korleis han skal vere eller leve livet, og at han kanskje sit igjen med ei oppleving av å ikkje ha nådd opp til desse forventningane. I staden for å bli eit idrettstalent har han blitt pasient underlagt psykisk helsevern, vore både overvektig og undervektig. Aktiv livsstil verkar å syne seg som relativt vanskeleg og utilgjengeleg for Eine i den situasjonen han er i, men han har det med seg som ein ide korleis livet kunne vore eller kanskje korleis det kan bli ein gang.

Basert på at Eine snakka om fellesskap som ein attraktiv dimensjon i idrett, og fortalte om aktivitetar han likar å drive med som krev samarbeid og lagspel, er det tydeleg sosiale relasjonar er ein viktig gevinst idrett og hobbyar gir. Ein kan undre seg om det vitnar om eit einsamt liv og eit ynskje om å oppretthalde eller skape nye relasjonar. Det kjem også fram at Eine har søkt institusjonen om permisjon til å halde fram med aktivitetar han vanlegvis held på med da han ikkje er innlagt. Det viser at det sosiale livet pasientane har utanfor institusjonen, på sett og vis blir nedprioritert og satt på pause under opphaldet.

Dette gjeld også for Jonne. Jonne får spørsmål om kva moglegheitene for å henge med veninner er under opphald ved institusjonen.

«Ja, den er litt sånn, dårlig. Nå er je jo.. hun ene venninnen min, hun bor jo på X, og hun andre bor i X [...] Så.. Så det er litt vanskelig akkurat nå [...] Men.. med en gang jeg kommer ut så kommer jeg nok til å avtale noe» (Jonne)

Jonne sa vidare at ho tenkjer det er greitt at moglegheitene for å henge med veninner er avgrensa medan ho er innlagt, da ho set livet litt på pause når ho er der.

5.4.4 Å vere på sida av eige liv

Noko av det eg la mest merke til etter transkripsjon og gjennomgang av datamaterialet, var at deltakarane snakka om situasjonen sin som om dei var teke ut av sitt eige liv. *Tid og stad* vart dermed to interessante dimensjonar å etterfølge i analyse av datamaterialet. Det er noko utfordrande å kome med konkrete eksempel på kvifor denne tids- og staddimensjonen er så sentral, da dette er eit funn basert på inntrykket av heilskapen av intervjuet. Eg skal likevel forsøke å trekke fram relevante sitat frå intervjuet.

På spørsmål om kva Chris hadde gjort dersom han hadde hatt ein dag fri til å gjere akkurat det han vil, beskreib han ein draum som er knytt til ein spesifikk stad.

«Da hadde jeg dratt til nordnorge [...] Og.. prøvd å.. Da hadde jeg brukt dagen på å finne et sted å vært, og så hadde jeg flytta til nordnorge [...] Jeg synes det er så fint. Det er så... det er... det er så fint. Naturen og.. veldig sånn. Jeg liker veldig godt kaldt vær... [...] Jeg liker nordnorge veldig godt da.» (Chris)

Vidare beskrev Chris kva fysisk avstand frå staden der han vaks opp gjer med han, og kvifor det er attraktivt for han å flytte nordover.

« [...] og jeg merker det når jeg er langt unna hjemmefra, så får jeg veldig sånn.. det føles.. ja.. jeg har lyst til å komme meg litt vekk da.. fra familie og liksom det.. vanlige liksom barndomsstedene.. og.. på en måte finne nye steder da... [...] Og ikke bare være på de gamle barndoms.. eller ungdomsstedene da.. [Støy] Uforske nye steder og prøve å reise litt for meg selv... og ikke være så avhengig av familie og sånne type ting [...]» (Chris)

Det er tydeleg at Chris har tenkt mykje på det å skulle flytte langt heimanfrå, og at grunnen til det er knytt til at det gjer noko positivt med han å vere vekk frå stadar han har vore i oppveksten. I tillegg kom det fram at han ynskja å vere uavhengig av andre, klare seg sjølv og at det å reise langt vekk kan vere løysinga på det. I mellomtida er han innlagt på Blomsterhagen, og framtidsdraumane han har er utanfor rekkevidde, og høyrer til i ei anna tid.

Eine knytte både tidlegare opplevingar og draumar om komande opplevingar til ein spesifikk stad som det er lett å anta at han forbinder med noko positivt. Dette kom tydeleg fram spesielt da det vart svara på spørsmål om kva Eine hadde gjort dersom han hadde hatt ein dag fri til å gjere akkurat kva han ville.

«[...] Vist det var sommer da, så hadde jeg lagt meg oppi gresset oppe på sommersjø. Sykla opp dit. [...]» (Eine)

Til tross for at Eine undervegs i intervjuet har utfordringar med å sette ord på tankane sine, så er han tydeleg på at det er ein stad han særleg drøymmer om, og det er sommersjø. Dersom han fekk velje hadde han sykla dit ein sommardag for å ligge i graset. Han fortalte vidare kva planar han kunne hatt, dersom ein slik dag vart verkeleggjort:

...da kan jeg jo eventuelt bade også, da, på sommersjø [...] .. og da kan jeg jo også finne på å løpe rundt sommersjø [...] Ehm.. Og da får jeg jo slått tre fluer i en smekk, så da.. får jeg.. [...] Nei, det er å bade, sole se.. nei, tre, fire ting. Bade, sole seg, løpt rundt sommersjø, og du får slappa av i det gresset, da.» (Eine)

Eine sin draumedag inneheld mykje aktivitet. Han vil sykle, springe, bade og så slappe av i graset. No for tida er livet prega av heilt andre rammer, på institusjon og som alvorleg sjuk.

Det hindra han ikkje i å sjå føre seg eit anna tilvære der han er fri til å sykle dit han vil, bevege seg slik kan likar og slappe av når han kjenner eit behov for det.

Eit eksempel som kan bidra til å vise at det syner seg som eit skilje mellom notid og anna tid, er at deltakarane ved enkelte anledningar presiserte om det dei snakka om gjaldt på tidspunktet til intervjuet da dei var innlagt, eller ute i det vanlege liv. Jonne undra seg til dømes på om ho skulle svare i høve til slik det er til vanleg eller slik situasjonen er ved Blomsterhagen. Eine ved ein anledning presiserte at det han fortalte var avhengig av at han var heime hos seg sjølv, og at det var annleis når han var innlagt.

På spørsmål om kva planar Chris har for framtida svara han igjen at planen er å flytte til nordnoreg. Eg vart vidare nysgjerrig på om det var ein konkret plan han hadde.

«Det er jo det. Jeg må bare bli skrevet ut av Blomsterhagen først» (Chris)

Chris verkar å ha satt alle framtidsplanar og draumar på vent til opphaldet på Blomsterhagen er over, og han er tilbake til det opphavelige livet sitt.

5.4.5 Autonomi og umyndiggjering

Ei kjensle av at deltakarane på mange måtar vert umyndiggjorde og blir fråtatt moglegheita til å kontrollere eige liv som pasientar ved institusjonen dukka opp i meg under analysen av datamaterialet. Deltakarane sin autonomi som pasientar er derfor interessant å gå nærare inn på. Chris som pasient er eit tydeleg eksempel på at autonomien vert redusert, noko som kom fram da det var snakk om flytteplanane hans nordpå og vekk frå der han vaks opp.

«Øøhm.. på en måte hovedmålet mitt er å bevise for Blomsterhagen at jeg kan fungere på egenhånd [...]» (Chris)

Slik Chris hadde det da vi snakka saman, så var han avhengig av mykje hjelp frå andre. Han gav uttrykk for at det var ein situasjon han ynskja skulle endre seg og at hovudmålet han hadde var å bli sjølvstendig og få institusjonen sin tillit på at han kan klare seg sjølv. Han fortalte vidare:

«[...] At jeg kan vise.. at jeg kan bli oppegående igjen.. og vise at jeg er oppegående igjen [...] Det har jeg lyst til. Og bli skrevet ut. Det er målet mitt for i år. Jeg er på tvang da.. [...]» (Chris)

Chris nytta uttrykket «å være oppegående» om den sjølvstendigdommen han hadde målsetting om å oppnå. Å vere oppegående vart med andre ord nytta som ein metafor på det å klare seg utan hjelp. Før Chris kunne bli forstått som oppegående kunne det vere vanskeleg eller umogleg å sjå føre seg at han kunne velje kva han sjølv ville nytte dagane på, kva han ville gjere og kvar han ville vere saman med kven. Alt dette var meir eller mindre regulert av institusjonen sine rammer, inntil Chris sjølv kunne ta eit sjølvstendig ansvar for situasjonen sin. Chris følgde opp:

«[...] Medisin og opphold.. såå... så lenge.. hvis X da skriver meg av tvangen.. så kan jeg dra dit [...] Men om jeg vil det eller ikke det veit jeg ikke ennå. Det har vært snakk om det men jeg.. om jeg vil det vet jeg ikke». (Chris)

Her vart det snakka om ein avlastningsheim det verka som Chris kanskje skulle til etter opphaldet på institusjonen. Det verka i alle fall som det er eit ynskje frå institusjonen si side, men at Chris ikkje nødvendigvis delte det ynskje. Dette viser også at graden av autonomi var svekka. Det er som om Chris ikkje hadde ei eiga stemme i sin eigen situasjon, og det kom tydeleg fram at han hadde eit sterkt ynskje om å bevise for institusjonen at han var «oppegående» nok til å ta eigene val knytt til kva han skulle gjere vidare i livet.

Det kan også verke som at Chris ikkje lenger trudde på at eiga stemme hadde verdi. Til dømes fortalte Chris om eit ynskje han hadde om å kunne ri til tross for at han var innlagt på Blomsterhagen. Chris fortalte at han ikkje har ridd på over eitt år, og fortalte at han gjerne skulle sett at det var annleis.

« [...] ...jeg skulle ønske jeg kunne ridd hver dag jeg». (Chris)

Det å skulle ri verka å avhenge av andre enn Chris sjølv, og at dette er noko han var inneforstått med utan å utfordre. Chris fortalte om ei hending der det var planlagt at han skulle få ri, men grunna omstende vart det avlyst eller utsett. Chris hadde dermed ingen makt eller kontroll over kva han sjølv kunne gjere for å oppretthalde hobbyen sin, og få ridd igjen.

I samtale med Eine fekk eg ei oppleving av at han som pasient også hamna i ei rolle som umyndiggjort, utan at eg veit korleis eller kvifor. Opplevinga mi av dette grunnar blant anna i at Eine snakka om at han jobba tre dagar i veka, og om ein hobby han pleidde halde på med da han var heime og ikkje innlagt ved institusjonen.

«[...] ...så har jeg sånn voksenopplæring gitargruppe. Som jeg er på. [...] På mandag og tirsdager [...] Gitarkurs da, på mandager [...]» (Eine)

Eine fekk vidare spørsmål om han trivs med å spele gitar og i band, og om han held fram med denne hobbyen medan han var innlagt ved Blomsterhagen.

«[...] De er kanskje ikke helt klar over at jeg driver med det der [...] på Blomsterhagen. [...] ...eller jeg har sagt det til de da... jeg har søkt meg sånn permisjon [...] mens jeg er her da [...] Så, nei jeg driver ikke på med det nå.. eh. Eller. Jeg spiller jo gitar og sånn.. her på.. Her på Blomsterhagen. Men det blir jo ikke sånn. Det blir bare onsdager [...] Og så, så er det.. det her blir bare sånt eget prosjekt, gjerne [...] Utenom [...] Egentrening. Jeg vet ikke. Ja [...]» (Eine)

Eine fortalte at han hadde eit ynskje om å halde fram med denne hobbyen også under opphaldet ved institusjonen. Ikkje berre ved å spele åleine eller saman med musikkterapeut, men ved å få permisjon til å kunne halde fram slik som vanleg saman med eigen musikk lærar og saman med bandet han spelar i.

Kort oppsummert, er det fleire interessante dimensjonar ved ein aktiv livsstil som dukka opp i samtale med Eine, Chris og Jonne. Desse ulike dimensjonane vil i det følgjande diskuteras opp mot tidlegare empiri og teori.

6.0 Diskusjon

Hensikta med dette prosjektet var, gjennom å få personar med psykose i tale, å undersøkje korleis eit konsept som «aktiv livsstil» passa inn og fann, eller ikkje fann, sin eventuelle form inn mot dei erfaringane dei hadde med å vere innlagt på institusjon under psykisk helsevern. I det følgjande vil funna i datamaterialet diskuterast.

6.1 Ein aktiv livsstil for positiv mental helse

Fysisk aktivitet i ordet sin teoretiske definisjon, med krav om auka energiforbruk over kvilenivå (Caspersen et al., 1985), verka å vere det umiddelbare perspektivet deltakarane hadde, i forbindelse med å skulle snakke om ein aktiv livsstil. Dette inntrykket fekk eg etter at Chris sa han såg føre seg at han sin type aktive livsstil hadde innebore å jobbe hardt og trene hardt. Etter at Jonne fortalte at ho likar å gå tur, fordi det er aktivitet for ho, og etter at Eine som i forbindelse med bileteoppgåva, tok med eit bilete der han var sliten etter å ha trena. På ei side kan det tenkjast at det er naturleg at fysisk aktivitet vert sett med dette medisinske synet. Det vil gjere omgrepet definerbart og handgripeleg, og det kan tenkjast at det dermed kan vere «enklare» å forhalda seg til, som både terapeut og pasient. Dessutan er det gjort mykje forskning med utgangspunkt i dette medisinske synet på fysisk aktivitet, som viser at det kan gi god effekt å inkludere det i behandling. Både når det kjem til å motvirke den kraftig reduserte somatiske helsa som mange menneske med psykose har (Foley & Morley, 2011; Hennekens et al., 2005; Hert et al., 2009; Roick et al., 2007), å auke livskvaliteten som for mange menneske med psykose kan vere redusert (Allison & Mackell, 1999; Costa et al., 2018; Deenik et al., 2017; Malhotra et al., 2016; Vancampfort et al., 2011) og å redusere tal mista leveår, som for menneske med psykose i gjennomsnitt kan vere opp til 15-20 år meir enn den generelle befolkninga (Allison & Mackell, 1999; Costa et al., 2018; Deenik et al., 2017; Malhotra et al., 2016; Vancampfort et al., 2011). Denne kunnskapen kan danne grunnlag for idéen om å implementere fysisk aktivitet i behandling for menneske med alvorlege psykiske lidingar. Samtidig viser forskning også at det er komplisert å skulle hjelpe menneske med psykose med livsstilsendingar, som å drive fysisk aktivitet (Abed, 2010). Det stadfestar studiar som viser at menneske med alvorlege psykiske lidingar er langt meir inaktive enn den generelle befolkninga (Roick et al., 2007), samt forskning som har dokumentert vanlege barrierar for fysisk aktivitet hos denne gruppa i samfunnet (Abed, 2010; Dragatsi & Deakins, 2009; Erdner & Magnusson, 2012). Chris og Jonne fortalte også om

barrierar knytt til å halde seg fysisk aktiv, som skadar, lite energi, svimmelheit og vektauke i forbindelse med bruk av antipsykotiske legemiddel. Når det er sagt viser studiar også i retning av at dersom menneske med alvorlege psykiske lidningar får eit tilpassa, godt aktivitetssopplegg, kan dei vere like eller meir aktive enn den generelle befolkninga (Farholm, 2017).

Jonne, Chris og Eine fortalte om personlege interesser og hobbyar som dei har drive med tidlegare, som dei likte å halde på med fordi det var noko dei har meistra, eller som har gitt positive kjensler knytt til ro, forutsigbarheit og glede. Også det relasjonelle aspektet synte seg å stå sentralt, for Eine, til dømes, som sakna å spele musikk med bandet sitt, Jonne som likte å synge med mora si, og Chris som sakna å halde på med hest. Desse dimensjonane viste seg å ha samanheng med aktivitetane dei drog fram både i bildeoppgåva, samt andre personlege hobbyar og interesser som kom fram undervegs i intervjuet. Dei positive kjenslene deltakarane peika på knytt til desse hobbyane og interessene, er forbunde med det Seow et al. (2016) refererer til som hedonisk og eudaimonisk velvære, eller subjektivt velvære og personleg vekst, som igjen er sentralt for konseptet *positiv mental helse* (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), og eit salutogent helseperspektiv (Antonovsky, 1991). Det betyr at aktivitetane deltakarane likte å halde på med også hadde ein verdi for velværet, og kan bidra til å påverke den positive mentale helsa, slik Seow et al. (2016) stadfestar er mogleg for pasientar med psykiske lidningar – å ha høg grad av positiv mental helse, som mogleg også kan ha ein modererande effekt på forholdet mellom dei kliniske symptoma og tilfredsheit eller generell funksjon. I følgje Keyes (2002) avhenger positiv helse av kjernekomponentane psykologisk-, emosjonelt- og relasjonelt velvære. Sett i lys av denne teorien (Keyes, 2002), kan alle aktivitetar, uavhengig av om det aukar energiforbruket, bidra til å auke både det psykologiske-, emosjonelle og relasjonelle velværet, så sant desse aspekta for den enkelte vert ivareteke av aktiviteten. Kva aktivitetar dette omfattar er individuelt, på same måte som at kriteria for kva som gir velvære er individuelt. Med helse sett frå eit salutogent perspektiv, representerer dermed deltakarane i dette prosjektet eit eksempel på at ein aktiv livsstil med omsyn til personlege interesser og hobbyar kan bidra til å fremje helse og gi ein person opplevd meistring og velvære.

6.3 Relasjonell distansering

Lauveng (2014) skildrar i boka si ein dag ho skulle i permisjon frå institusjonen, og heim til mora si og syster si for første gong på lang tid. Mora vart råda av helsepersonellet ved institusjonen til å rydde vekk alt av betydning, slik at ikkje knuselege gjenstandar av verdi gjekk tapt under besøket, da Lauveng hadde det med å knuse alle tilgjengelege gjenstandar på den tida. Da Lauveng (2014) fekk servering av mora, var det dekkka med det finaste arveserviset med stor sentimental verdi. For første gang på lenge, opplevde Lauveng (2014) at nokon hadde tillit og tru på ho, og for første gong på lenge følte ho ikkje trong til å knuse serviset som forblei heilt. Dette viser viktigheita av gode relasjonar, og det å oppleve at nokon andre enn dei som er betalt for det, er der, og har trua på ein. Dette er interessant med tanke på at relasjonelle forhold i større eller mindre grad også vart ein naturleg del av samtalaneg hadde med deltakarane i dette prosjektet. Viktigheita av gode relasjonar kan også stadfestast av forskning, som viser at sosial støtte frå familie og vener kan vere til hjelp når det kjem til å handtere schizofreni (Gumber & Stein, 2013; Karanci, Gök, Yıldırım & Borhan, 2017), og gi auka livskvalitet og redusere opplevinga av einsamheit for menneske med psykose (Hawkley, Cacioppo & Hawkley, 2010). Relasjonelt velvære kan dessutan sjåast som ein av kjernekomponentane i positiv helse (Keyes, 2002), og spør ein menneske med psykiske lidingar, er relasjonar noko av det står sentralt for opplevinga av helse og velvære (La et al., 2014; Svedberg et al., 2004; Windell et al., 2012). Jonne representerer også eit døme på viktigheita av relasjonar, som fortalte om nærheita ho opplevde å ha til familien sin, både i samanheng med å omgå kvarandre, men også fordi dei har felles interesser.

Dersom sosiale relasjonar i eit salutogent perspektiv er viktig for ein aktiv og helsebringande livsstil, så møter det på utfordringar slik Jonne peikar på, som innlagt under psykisk helsevern. Isolasjon er eit vanleg symptom på alvorlege psykiske lidingar (Løberg & Johnsen, 2016), noko som stiller ekstra store krav til å oppretthalde positive relasjonar som gjer at ein person har nokon «å gå til», til trass for at livet er vanskeleg. Rammene for å oppretthalde sunne, helsebringande relasjonar er ikkje til stades på same måte når dei er innlagt. Det vanlege sosiale livet brytast opp, slik Eine er eit eksempel på, som må søke permisjon for å få «lov» til å halde fram med bandspeling. Nye relasjonar skapast, kanskje først og fremst til profesjonelle. Dette var også Lauveng (2014) opptatt av, at dei som var saman med ho var dei som var betalt for det.

Frå ein medisinsk og fagleg ståstad er det kanskje hensiktsmessig at innlegging vert ein slags pause frå livet elles, men det er likevel viktig å stille spørsmål ved i kor stor grad ein skal skiljast frå omverda og frå livet. Forsking viser på ei side at terapeutiske relasjonar kan gi positive psykologiske og åtferdsmessige utfall, så sant det vert lagt til rette for eit støttande, optimistisk, håpefullt relasjonsmiljø (Berry & Greenwood, 2015). I følgje Lauveng (2014) kan avstanden frå livet, eller frå omverda likevel bli så stor at det opplevast som at ein mistar kontakt med den, og at den vert desto vanskelegare å skulle kome seg tilbake til. Kanskje kan dette også vere ein av årsakene til at Chris hadde planar om å flytte vekk frå området han kjem frå etter opphaldet på Blomsterhagen. Han grunngav det jo med at han ville distansere seg blant anna frå «folk». Kanskje livet han sitt som pasient var så åtskilt frå omverda, at tanken på å skulle komme tilbake til det «gamle» livet vart for utfordrande, som følgje av ein opplevd avstand og ulikheit. Sett i lys av teorien om salutogenese og SOC (Antonovsky, 1991), kan Chris med dette representere eit døme på viktigheita av å oppleve at ein situasjon er gripeleg, meiningsfull og handterbar. Dersom det stemmer at Chris opplever situasjonen sin på denne måten, kan det tenkjast at han opplever høgare grad av SOC i møte med å skulle flytte til ein ny stad, kontra å skulle flytte heim til «gamle trakter».

Eine var den einaste av deltakarane i studien som tidvis deltok på fellesaktivitetar arrangert av institusjonen. Eine gav også indirekte uttrykk for å lengte etter eit fellesskap, så det relasjonelle aspektet kan tenkjast å vere ein motiverande faktor for han i den samanheng. Dette vil i alle fall samsvare med det forskning viser, nemleg at det å delta på aktivitet og i fysisk aktivitet kan bidra til å auke sosialt velvære hos denne gruppa i befolkninga (Faulkner et al., 2013). Det vil også vere foreinleg med Lauveng si oppleving av at det i periodane ho deltok på aktivitetar som handarbeid, matlaging, trening eller anna, var enklare å ha noko å snakke med «omverda» om. Dette viser at meiningsfulle opplevingar kan vere eit utgangspunkt eller eit hjelpemiddel for å oppretthalde sosiale relasjonar. Ei oppleving av at noko er meiningsfullt er også noko av det Antonovsky hevdar er sentralt for ei oppleving av SOC, som inneberer kjensla av motivasjon, engasjement og pågangsmot (Antonovsky, 1991). SOC og det å oppleve livet som meiningsfullt hevdast også å vere viktig i tenking og praksis i helsefremjande arbeid (Hummelvoll & Dahl, 2012).

Til trass for at det å avgrense sosial interaksjon kan vere uhensiktsmessig i enkelte tilfelle, kan det også vere enkelte fordelar. Det kan gi rom for pasientar til å prioritere å jobbe med eiga helse og eigne behov, utan forstyrringar frå andre. Jonne er eit eksempel på dette, som

opplevde det som greitt at ho ikkje fekk moglegheita til å omgå venninnene sine medan ho var innlagt, da det gav ho moglegheit til nettopp det å jobbe med eiga helse og eigne behov. Også Eine, i sitt tilfelle med forholdet sitt til mora og hennar forventningar til at han skulle leve eit aktivt og vellykka liv, er eit døme på at det kan vere fordelaktig å distansere seg frå enkelte relasjonar. På ei anna side, vil det med eit relasjonelt grunnsyn (Hummelvoll & Dahl, 2012) truleg vere interessant å sjå Eine i eit system beståande av han sjølv i relasjon til alt rundt, særleg i relasjon til mor, for å skape ei forståing av betydninga av denne relasjonen.

6.4 Den gang da, seinare når

Analysane viste at deltakarane snakka om situasjonen sin som pasient som om dei var teke ut av sitt eige liv. Livet som innlagt pasient, og livet til vanleg, syner seg for meg som to åtskilte dimensjonar både i tid og stad. Deltakarane fortalte om hobbyane og aktivitetane dei likte å halde på med, men at det var noko dei hadde heldt på med tidlegare og eventuelt ynskja å ta opp igjen etter opphaldet ved Blomsterhagen. Tilværet som innlagt pasient derimot, innebar noko anna enn å drive med personlege interesser og hobbyar, slik Chris er eit døme på, som har satt alle framtidsplanar og draumar på vent. I mellomtida er han innlagt på Blomsterhagen og framtidsdraumane han har er utanfor rekkevidde, og det å halde på med interessene og hobbyane sine høyrer til ei anna tid. Det same gjaldt Eine, som hadde nokre hobbyar på utsida, medan han skapte nye når han var innlagt. Alle tre hadde dessutan eit behov for å presisere at det dei snakka om var gjeldande for tidspunktet da dei var innlagt, eller slik det er i det vanlege liv.

Slik Volden (2004) beskriver det, kan ei oppleving av å bli åtskilt frå det opprinelege livet vere eit resultat av institusjonalisering, til trass for at de-institusjonalisering er ein del av målet for helsefremjande arbeid i dag. Dette samsvarar med det Volden (2004) hevdar er ei gråsone mellom føringane som ligg for helsefremjande arbeid, og kva som skjer i praksis. Denne praksisen inneberer, slik eg også oppfattar det etter samtale med deltakarane i prosjektet, at rolla som pasient og rolla som helsepersonell til ein viss grad er bestemt på forhand, som i eit biomedisinsk grunnsyn (Hummelvoll & Dahl, 2012), og er ein del av det implisitte språket som Volden (2004) peikar på, som kanskje heng igjen frå tidlegare psykiatrisk praksis, berre i mindre grad og tydelegvis litt skjult. Tidlegare praksis innebar at pasientar innlagt på tidlegare asyl nærast var stengt inne og skilt frå det øvrige samfunnet (Kolstad & Pedersen, 2009). I dag er målet at pasientar underlagt psykisk helsevern skal ha minst mogleg tid innlagt, som eit

tiltak for de-institusjonalisering (Forsetlund et al., 2012; Kolstad & Pedersen, 2009), og dei følgjane institusjonalisering kan gi for pasientane (Chow et al., 2013). Dei positive effektane ved de-institusjonalisering viser Chow et al. (2013) med sin studie, der utskrivne, tidlegare pasientar har høgare grad av livskvalitet, er meir tilfredse med levekåra sine, og har eit større sosialt nettverk, enn dei pasientane som er på institusjon over lang tid. Det vil sei at det kan sjå ut til at vi innan psykisk helsevern i dag er på veg mot ein praksis som er i tråd med målet for helsefremjande arbeid (Hummelvoll, 2012), men at vi framleis heng litt igjen frå tidlegare praksis og eit biomedisinsk grunnsyn.

Vist det likevel er slik at pasientar på eit vis må skiljast frå omverden slik eg peikar på her, vil miljøforholdet pasientane lev i vere ekstra viktig, slik Lauveng et al. (2016) viser i retning av. Miljøforhold prega av støtte, stabilitet, gjensidige og trygge relasjonar, meningsfulle opplevingar og moglegheit for læring og sosial utvikling kan spele ei viktig rolle for korleis pasientar med alvorlege psykiske lidningar opplever eigen kvardag, seg sjølv og moglegheitene for personleg og sosial utvikling (Lauveng et al., 2016). Dette støttast også av studien til Wing og Brown (1961), som finn at eit sosialt miljø med tilbod om aktivitetar har betydning for den psykiske helsa. Deltakarane i dette prosjektet uttalar ikkje direkte at aktivitet er bra for å redusere symptom, men som allereie adressert, kan det verke som at det å vere i miljøforhold som legg til rette for å oppretthalde personlege hobbyar og interesser kan bidra til å betre den positive helsa. Til trass for dette, viste det seg som sagt at deltakarane som innlagt ikkje heldt på med personlege hobbyar og interesser i den grad dei tidlegare har gjort, og i den grad dei har eit ynskje om å gjere etter opphaldet. Dersom noko av målet med helsefremjande arbeid er å hjelpe pasientar til å handtere både dei forutsigbare og uforutsigbare livshendingane i livet deira, gjennom å auke sjølvkjensla og opplevinga deira av velvære (McCulloch & Boxer, referert i Hummelvoll & Dahl, 2012), syner dette seg som eit paradoks, dersom eit aktiv liv slik pasientane ynskjer det, blir satt på pause medan dei er innlagt.

6.5 Fengsla for appelsinar sin rett til å vere ein sitrusfrukt

Lauveng fortel i boka si (Lauveng, 2014), ei historie frå dag på ein institusjonen ho var på, som enda med at ho hamna på isolat etter å ha forsøkt å slå opp i eit leksikon for å bevise at appelsinar er ein sitrusfrukt. Lauveng beskriver i boka si at ho forsøkte å forklare at ho berre skulle hente leksikonet, men vart ikkje høyrte uansett kva ho sa, og opplevde at orda hennar mista all verdi. Lauveng vart dermed sittande på isolat, som ho beskriver, som appelsinmartyr,

fengsla for appelsinar si rett til å vere ei sitrusfrukt. Dette er eit konkret eksempel på uhensiktsmessig og potensielt skadeleg umyndiggjering og frårøving av autonomi for den enkelte pasient, da det å oppleve å ha autonomi er viktig for det psykologiske velværet (Westerhof & Keyes, 2009), og dermed spele ei rolle for positiv helse. Eg fekk også inntrykk av at dette også er noko Eine og Chris i enkelte samanhengar opplevde, altså at orda deira mista verdig eller at dei mista moglegheita til å kontrollere eige liv når det kom til å oppretthalde ein aktiv livsstil. Chris representerer eit konkret eksempel ved at han sin store hobby og lidenskap vart nedprioritert, til trass for at han gav uttrykk for at det å kunne ri og halde på med hest var det viktigaste for han. Chris var riktig nok innlagt på tvang, og vurderingar knytt til kva som var det beste for Chris stod dermed i helsepersonellet si makt. Når det er sagt hadde han likevel rett til å dyrke sine private interesser og hobbyar (Psykisk helsevernloven, 1999). Eine på si side, er eit døme også på korleis det implisitte språket Volden (2004) snakkar om, kan føre til at ein som pasient ubevisst går inn ei rolle som inneberer at ein mistar kontrollen på eige liv. Eine hadde rett til medbestemming (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001; Psykisk helsevernloven, 1999), og kanskje fekk han også i praksis bidra i utforminga av helsetilbodet han hadde ved Blomsterhagen, utan at det vart sagt noko om direkte. Likevel synt det seg for meg som at han sjølv hadde ei forståing av å ikkje ha moglegheit til å kontrollere eige liv. Han hadde ikkje ein gang fortalt personalet ved Blomsterhagen om lidenskapen han hadde for gitar og bandspeling, og eg antek at han antok at han måtte søke om å kunne halde fram med dette under opphaldet på Blomsterhagen. Det å oppleve at ein ikkje er i posisjon til å kunne bestemme over seg sjølv kan vere uheldig, også tatt i betraktning det Svedberg et al. (2004) viser i sin studie, at er det for mange pasientar underlagt psykisk helsevern er viktig å ha ei kjensle av autonomi og å ha kontroll på eige liv for å oppleve at dei har god helse. Det kan tenkjast at Eine var underlagt ein overordna struktur, som innebar at Eine gjekk i ein posisjon som tillot institusjonen å ta kontrollen, framfor å vere eksperten på eige liv. Denne overordna strukturen minner om det Foucault (1995) omtalar som panoptikon, som i dagens praksis beskriver eit fenomen som inneberer ein måte å utøve makt å disiplin på, på ein indirekte måte. Helsepersonellet fekk dermed makt over Eine, som i den samanheng dermed vart umyndiggjort når det kom til bestemmingane knytt til å kunne dyrke private interesser, uavhengig av om det var intensjonen til institusjonen eller ikkje.

6.2 Aktiv livsstil på blå resept

Andre del av forskings spørsmålet i dette prosjektet er knytt til i kva grad deltakarane opplevde at dei fekk støtte frå institusjonen til å leve ein aktiv livsstil i tråd med kva ein aktiv livsstil er for dei. Dette var eit spørsmål deltakarane fekk direkte. Samtidig viste analysane at dette også var noko deltakarane snakka implisitt om i andre delar av intervjuet. Med det meiner eg at analysane viser at mykje av det som vart sagt utanom viste at svaret var større enn det dei sette ord på. Det er også mykje av det som er diskutert ovanfor som kan gi eit innblikk i kva som kan ligge i svaret på denne delen av forskings spørsmålet.

Blomsterhagen har, som Jonne beskreib, eit breitt aktivitetstilbod, med idrettspedagog, musikkterapeut og kunstterapi, som deltakarane hadde moglegheit til å nytte seg av kvar veke da dei var innlagt. Det blir med andre ord lagt godt til rette for at pasientar skal kunne delta på ulike fysiske og kulturelle aktivitetar. Jonne gav uttrykk for at ho synes aktivitetstilbodet var bra og variert. Dette er også noko Blomsterhagen formidlar på sine nettsider at dei ynskjer, altså å sikre høg kvalitet og variasjon i behandlings- og aktivitetstilbodet sitt. Dette er i tråd med det Helsedirektoratet (2013) rådar om, at fysisk aktivitet bør inngå som ein del av den heilskaplege behandlinga av psykoselidingar. Det er samtidig ei motvekt til det pasientundersøkingar tidlegare har stadfesta, nemleg at til trass for at fysisk aktivitet i aukande grad vert anerkjent som ein nyttig metode for hjelp til sjølvhjelp, er kroppen lite vektlagt i psykiatrisk behandling (Borge, 2011).

Til trass for at deltakarane hadde eitt breitt aktivitetstilbod ved institusjonen, og parallelt med at dei fortalte om ei rekkje interesser og hobbyar, draumar og framtidsplanar, og kva dei hadde valt å gjere dersom dei fekk ein fridag til rådighet, verka det som at dei hadde utfordringar med å identifisere seg med ein aktiv livsstil på tidspunktet eg snakka med dei. Da dei snakka om ein aktiv livsstil, snakka dei, som allereie kjent, enten om livet sitt før, eller i framtida, som ein idé om kva ein aktiv livsstil har vore eller kan vere for dei. Det kan tenkjast at dette har samanheng med at det deltakarane vanlegvis hadde gjort i det sei ser som ein aktiv kvardag, ikkje var ein del av livet deira som innlagt pasient på same måte som før. Ja, ein aktiv livsstil vart vektlagt frå institusjonen si side, men det innebar å delta på aktivitetar som institusjonen la til rette for. Det kan sjå ut som at aktiviteten var målet, og ikkje at pasientane skulle få dyrke eigne interesser og hobbyar, som vi til no har sett kan bidra til å auke velvære og positiv helse, og dermed vere ein del av helsefremjande tilbod sett frå Antonovsky (1991)

sitt salutogene helseperspektiv. Dette syner seg for meg som eit paradoks med tanke på det psykisk helsefremjande arbeid siktar mot, nemleg å auke velvære og gjere pasientar i stand til å kunne handtere alle livshendingar, ved å influere på sosiale, økonomiske og miljømessige faktorar, som kan ha betydning for psykisk helse (McCulloch & Boxer (2000) gjennom Hummelvoll og Dahl (2012)).

Sett i lys av eit salutogent helseperspektiv (Antonovsky, 1991), viser resultatane frå mine analysar, at aktivitetar pasientar skal delta på bør vere i tråd med pasientane sine individuelle opplevingar av kva som kjennest meningsfullt å delta på. Dette viser viktigeita av å ha ein dialog med pasientane om kva dei ynskjer å delta på, og ikkje berre tilby aktivitetar som behandlingsstaden sjølv ynskjer å tilby. Det ville isåfall vore i tråd med eit behavioristisk- og åtferdsterapeutisk grunnsyn, der pasienten og terapeuten samarbeider om å utarbeide eit behandlingssopplegg for å adressere meistringsstrategiar (Hummelvoll & Dahl, 2012), som i dette tilfellet ville vere gjennom å vere aktiv i aktivitetar pasienten kjenner trivsel og tryggleik. Det hadde også vore i tråd med Pasient- og brukarrettighetsloven (2001) og Psykisk helsevernloven (1999) ved at pasienten hadde delteke i utforminga av behandlingssopplegget. I staden reflekterer den faktiske praksisen, i følgje mine analysar, igjen eit biomedisinsk grunnsyn i det helsefremjande arbeidet, som inneberer det tradisjonelle lege-pasient-forholdet, der aktivitetane blir gjennomført utan at pasienten stiller spørsmål ved den (Hummelvoll & Dahl, 2012). Knytt til å innføre meningsfulle aktivitetar som ein del av behandlingstilbodet til pasientar underlagt psykisk helsevern, kan det tenkjast at det føreligg ei forståing om at institusjonen legg føringar for kva aktivitetar som er hensiktsmessig å halde på med for pasientane medan dei er innlagt. For enkelte kan dette truleg vere hensiktsmessig og helsefremjande, men på ei anna side, kan aktivitetstilbodet for andre opplevast som forskreve på blå resept.

7.0 Avsluttande refleksjon og konklusjon

Ved å spørje deltakarane om deira assosiasjonar til omgrepet «aktiv livsstil» har eg fått fram individuelle, relasjonelle og kontekstuelle meningsdimensjonar ved det å vere i aktivitet. Alle knytte med andre ord ein aktiv livsstil til samanhengar med familie og venner, dyr, stadar og natur. Dette er meningsdimensjonar ved aktiv livsstil som endrar seg for deltakarane, på radikale måtar, når dei blir innlagt under psykisk helsevern. For institusjonar som ønsker at pasientane skal oppretthalde aktivitetsnivået sitt, må desse dimensjonane ved å vere aktiv vere

adressert og utgjere ein bakgrunn for den tilrettelegginga for aktivitet som skal skje. I tråd med dette har studien fått fram at det å vere innlagt syner seg som ein unntakssituasjon for pasientane, som opplev tilværet som til dels uverkeleg og som å leve på sida av seg sjølv. Dette er sentrale utfordringar for målet om at aktivitet skal inngå som ein del av behandlingstilbodet. Å vere aktiv kan ikkje forståast som eit nøytralt tiltak som tilførast pasienten utanfrå, men som ein integrert del av deira sjølvoppfattning og identitet.

Det er viktig å presisere at denne oppgåva er basert på pasientar sine opplevingar, og at det føreligg fleire sider ved tematikkane som er diskutert. Verken behandlarar, terapeutar eller andre er involvert i denne samanheng. Det er viktig for meg å få fram at det føreligg ingen tvil om at samarbeidande institusjon gjer ein svært god jobb og har gode resultat når det kjem til behandling av psykoseproblematikk, noko som også er dokumentert. Denne oppgåva tek føre seg ein liten del av behandlingstilbodet til institusjonen. Eg trur at institusjonen har gode intensjonar når det kjem til kva som er det beste for pasientane sine, og er langt framme kva gjeld aktivitetstilbod. Utfordringa, trur eg, ligg i dette usynlege språket og indirekte føringar, i tillegg til økonomiske og politiske retningslinjer, som ved alt i samfunnet vårt vil spele ei rolle for korleis helsefremjande arbeid er i dagens praksis. Denne oppgåva viser i retning av at i tillegg til det aktivitetstilbodet som er, kan det jobbast for at personlege interesser og hobbyar vert enda meir prioritert for den enkelte, samt at det i større grad vert lagt vekt på at pasientar får hjelp til å oppretthalde positive relasjonar på utsida av institusjonen.

7.1 Styrkar og svakheiter

Som ved alle studiar er det viktig å adressere styrkar og svakheiter. Det at eg forska på eigen arbeidsplass har spelt ei viktig og sentral rolle i gjennomføringa av mitt prosjekt, og eg ser det derfor som ein viktig styrke ved studien. Både fordi eg hadde eit slikt forhold til institusjonen sine tilsette og pasientar, at eg opplevde ein gjensidig tillit mellom dei og meg som person. Tilliten la grunnlag for at prosjektet vart gjennomført på ein forsvarleg og etisk måte, og i tillegg gav eit valid og godt datagrunnlag. Det var ein styrke å forska på eigen arbeidsplass også fordi det å ha kjennskap til menneske med alvorlege psykiske lidingar eller psykose har vore ein stor fordel både i planleggingsfasen, gjennomføringsfasen og i analysen av datamaterialet. Dette treng ikkje åleine ha samanheng med forskning på eigen arbeidsplass, men med ei generell erfaring med møte med personar som er innan psykisk helsevern. Det å

snakke med menneske med inngripande utfordringar som psykose kan gi, og som fortel om eit liv som for mange kan høyrast utenkeleg ut, stiller krav til evner til å halde seg stødig og trygg, til god kommunikasjon, til å lytte og til å respondere på ein trygg og forståingsfull måte. Kanskje er dette viktig spesielt i forbindelse med å skulle innhente valide data til ein studie, og for å ivareta verdigheita til deltakarane og sørge for at dei fekk ei positiv oppleving ved å delta i prosjektet. Eg opplevde at mi tidlegare erfaring med psykisk helsevern bidrog til at eg stod støtt og gjorde gode, faglege vurderingar gjennom heile prosessen, som var positivt både for deltakarane som menneske og for prosjektet. Dette er kun mine opplevingar, og det skal nemnast at deltakarane i studien ikkje har uttalt seg om korleis dei opplevde det.

Utfordringane eg opplevde i forbindelse med forskning på eigen arbeidsplass er at det til tider var utfordrande å følgje den planlagde prosedyren, særleg i forbindelse med kommunikasjon med deltakarane i forkant av intervjuet. Med omsyn til metodiske og etiske områdingar var det nøye planlagt når eg skulle inn som ein del av kommunikasjonen, men truleg fordi eg var kjent med lokale og pasientar, opplevde eg at personalet ved institusjonen, forståeleg nok, hadde ein tanke om at eg kunne stå for det meste av kommunikasjon sjølv. Dette gjorde at prosessen krevde nokre ekstra telefonar, tid og forklaringar frå mi side, for å kunne følgje prosedyren.

Ein anna utfordring eg opplevde, særleg i det eine intervjuet, var at deltakaren ved nokre anledningar sa noko sånt som at «dette burde eg kanskje ikkje sagt til deg». Dette gav meg eit inntrykk av at deltakaren kanskje helt tilbake informasjon som kunne kome fram dersom eg ikkje var tilsett ved institusjonen. Til trass for at eg minna deltakaren på at eg hadde teieplikt ovanfor institusjonen, kan det tenkjast at det likevel kan ha vore ein usikkerheit knytt til nettopp det. Dette er ein utfordring i forbindelse med gyldigheita i studien, og kor vidt deltakarane var ærlege i det som vart sagt (Shenton, 2004). Gyldigheita i studien blir i det store og heile vert vurdert som god, og metoden som er nytta vart vurdert til å vere den beste for å svare på studien sitt forskings spørsmål. Den eksterne validiteten derimot, er det større utfordringar med å kontrollere for, og særleg den avgrensa utvalsstorleiken i dette prosjektet kan vere ein svakheit, da eit utval på tre personar ikkje er tilstrekkeleg til å kunne representere menneske med psykoseproblematikk som ei gruppe. Det skapar utfordringar knytt til å gjere generelle antakingar og trekke konklusjonar, basert på denne studien åleine. Når det er sagt, er ikkje målet med kvalitative studiar å generalisere eller trekke konklusjonar, men å danne eit grunnlag for vidare forskning (Grimen & Ingstad, 2008). Metoden kunne truleg ha vore styrka

dersom deltakarane hadde blitt intervjuet fleire gonger. Det kunne gitt rom for å bygge relasjonar, tematikken hadde fått tid til å vekse hos deltakarane, og dei hadde fått moglegheit til å reflektere over spørsmåla eg stilte over tid.

Ein annan potensiell svakheit i denne studien, er at eg som forskar har inngått i dobbel hermeneutikk, som beskrive under kapittel 4.4. *Analyse*. Det vil sei at eg som forskar har tolka opplevingane deltakarane mine beskrev, som dei sjølv allereie hadde tolka ut i frå sin situasjon. Min bakgrunn og mine tidlegare erfaringar pregar korleis eg tolkar opplevingane deltakarane mine beskrev. Med bakgrunn som idrettspedagog, har eg antakeleg gjort andre tolkingar og vektlagt andre sider ved datamaterialet enn til dømes ein sjukepleiar eller sosionom ville gjort. Det kan dermed vere sentrale poeng i datamaterialet som er oversett, eller så kan det, i verste fall, ha blitt tolka på ein måte som ikkje stemmer heilt med det deltakaren forsøkte å formidle. I forlenging av det er det viktig å vere bevisst at empirien i denne studien også er blitt analysert med ein gitt metode, og diskutert i lys av gitt teori. Andre val av desse variablane ville truleg også gitt utslag på resultatane. Det er derfor eg i min metodedel har gjort rede for mine perspektiv og mitt metodeval. Ein måte å forsøke å motverke denne problematikken på, kunne vore å involvert nokon med liknande erfaringar som deltakarane, i analysen av datamaterialet. «Medforskning» er omgrepet som nyttast om den type forskning, der personar med til dømes pasienterfaring eller pårørandeerfaring er ein del av forskargruppa. Dette er gjort i studien til Portaasen, Haaland-Øverby, Jensen, Kjus og Norheim (2015), som opplevde at kvar enkelt person med ulik bakgrunn kunne tilføre ulike element i analyseprosessen.

7.2 Praktiske implikasjonar og vidare forskning

Denne studien kan inspirere til vidare forskning som tek utgangspunkt i pasientar innan psykisk helsevern sine subjektive erfaringar med å vere innlagt på institusjon, og som etterspør deira opplevingar og refleksjonar, meningar og haldningar. Studien viser betydninga av å sette teoretiske omgrep i spel for å fylle dei med meiningsinnhald. Ved å involvere pasientane har aktiv livsstil blitt synleggjort som eit omgrep som den enkelte har eit reflektert forhold til, noko som dei saknar og lengtar etter, men samtidig ikkje finn rom for å etterleve som innlagte pasientar. Dette utgjør eit potensiale for vidare studiar av kvardagen som innlagt pasient, frå eit pasientperspektiv. Det utgjør også eit potensiale for å etterspørje ein tydelegare teoretisk forankring av omgrepet aktiv livsstil i offentlege dokument og anna forskning, som oppfordrar

til ein aktiv livsstil. Utan ei forståing av kva aktivitet inneberer på individnivå, kva som inspirerer og motiverer til aktivitet, er det fare for at tiltak ikkje blir relevante og meningsfulle for pasientar på institusjon.

Kjelder

- Abed, H. (2010). What factors affect the lifestyle choices of people with schizophrenia? *The Mental Health Review*, 15(2), 21-27. <https://doi.org/10.5042/mhrj.2010.0368>
- 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, 75, 48-60. <https://doi.org/10.4276/030802212X13286281650956>
- Allison, D. & Mackell, J. (1999). The impact of weight gain on quality of life among individuals with schizophrenia, 9, 264-264. [https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(99\)80274-0](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(99)80274-0)
- Anderson, J. (2004). Talking whilst walking: a geographical archaeology of knowledge. *Area*, 36(3), 254-261. <https://doi.org/10.1111/j.0004-0894.2004.00222.x>
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Aschbrenner, K., Carpenter-Song, E., Mueser, K., Kinney, A., Pratt, S. & Bartels, S. (2013). A Qualitative Study of Social Facilitators and Barriers to Health Behavior Change Among Persons with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 49(2), 207-212. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9552-8>
- Awad, A. & Voruganti, L. (2012). Measuring Quality of Life in Patients with Schizophrenia. *PharmacoEconomics*, 30(3), 183-195. <https://doi.org/10.2165/11594470-000000000-00000>
- Berry, C. & Greenwood, K. (2015). Hope-inspiring therapeutic relationships, professional expectations and social inclusion for young people with psychosis. *Schizophrenia research*, 168(1-2), 153-160. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.032>
- Borge, L. (2011). Kropp og sjel i et filosofisk og kulturelt perspektiv. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn* (2. utg., s. 19-34). Bergen: Fagbokforlaget.
- Boydell, K. M., Stasiulis, E., Volpe, T. & Gladstone, B. (2010). A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(1), 7-24. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x>.
- 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.
- Chow, W. S., Priebe, S. & Chow, W. S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13(1), 169-169. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169>
- Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Abreu, S., Vilhena, E., ... Corredeira, R. (2018). Association of lifestyle-related factors and psychological factors on quality of life in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 382-393. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.022>

- De Hert, M., Schreurs, V., Sweers, K., Van Eyck, D., Hanssens, L., Šinko, S., ... van Winkel, R. (2008). Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: A retrospective chart review. *Schizophrenia research*, 101(1-3), 295-303.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.01.028>
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer. (2005). Redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning. Henta frå <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/Bakgrunn/>
- Deenik, J., Kruisdijk, F., Tenback, D., Braakman-Jansen, A., Taal, E., Hopman-Rock, M., ... van Harten, P. (2017). Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study.(Report). *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1466-0>
- Dipasquale, S., Pariante, C. M., Dazzan, P., Aguglia, E., McGuire, P. & Mondelli, V. (2013). The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 47(2), 197-207.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.10.005>
- Dragatsi, D. & Deakins, S. M. (2009). Case Studies in Public-Sector Leadership: Implementing a Metabolic Initiative in a Community Mental Health Clinic. *Psychiatric Services*, 60(10), 1298-1301. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.10.1298>
- Drake, R., Green, A., Mueser, K. & Goldman, 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.
<https://doi.org/10.1023/A:1025860919277>
- Emmel, N. & Clark, A. (2009). Realities Toolkit #13: Using walking interviews. *ESRC National Centre for Research Methods*. Henta frå <http://hummedia.manchester.ac.uk/schools/soss/morgancentre/toolkits/13-toolkit-walking-interviews.pdf>
- Erdner, A. & Magnusson, A. (2012). Physical activities and their importance to the health of people with severe mental illness in Sweden. *Issues In Mental Health Nursing*, 33(10), 676-679. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.697253>
- Farholm, A. (2017). *Motivation and physical activity in individuals with severe mental illness* (Doktoravhandling). Henta frå <https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/bitstream/handle/11250/2446864/Farholm%20PhD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Faulkner, G., Gorczynski, P. & Arbour-Nicitopoulos, K. (2013). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia. I P. Ekkekakis (Red.), *Routledge Handbook of Physical Activity and Mental Health* (s. 541-555). USA/Canada: Routledge.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P. & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients, 45(7), 1343-1361.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714003110>

- Foley, D. L. & Morley, K. I. (2011). Systematic Review of Early Cardiometabolic Outcomes of the First Treated Episode of Psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 68(6), 609-616. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2>
- Forsetlund, S. L., Lidal, I. B. & Austvoll-Dahlgren, A. (2012). Effekter av ulike organiserings tiltak for tjenester innen psykisk helsevern.
- Foucault, M. (1995). *Discipline and punish: The birth of the prison*. United states: Random House, Inc., New York.
- Franken, K., Lamers, S. M. A., Ten Klooster, P. M., Bohlmeijer, E. T. & Westerhof, G. J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2187-2202. <https://doi.org/10.1002/jclp.22659>
- Frith, H. & Harcourt, D. (2007). Using Photographs to Capture Women's Experiences of Chemotherapy: Reflecting on the Method. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1340-1350. <https://doi.org/10.1177/1049732307308949>
- Glover, C. M., Ferron, J. C., Whitley, R., Cook, J. A. & Mueser, K. T. (2013). Barriers to Exercise Among People With Severe Mental Illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 45-47. <https://doi.org/10.1037/h0094747>
- Gold, C., Heldal, T. O., Dahle, T. & Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD004025.
- Gorczyński, P. & Faulkner, G. (2011). Exercise therapy for schizophrenia (Review). *Cochrane database of systematic Reviews 2010*, 5(CD004412). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004412.pub2>
- Green, J. & Tones, K. (2010). Planning and strategies. I *Health promotion*. Los Angeles: Sage.
- Grimen, H. & Ingstad, B. (2008). Kvalitative forskningsopplegg. I *Forskning i medisin og biofag* (s. 321-350). Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
- Gumber, S. & Stein, C. H. (2013). Consumer Perspectives and Mental Health Reform Movements in The United States: 30 Years of First-Person Accounts. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 187-194. <https://doi.org/10.1037/prj0000003>
- Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling : Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub forl.
- Haave, P. (2015). Psykiatrisk behandling fra langbad til lobotomi. Henta frå <https://www.norgeshistorie.no/forste-verdenskrig-og-mellomkrigstiden/1634-psykiatrisk-behandling-langbad-til-lobotomi.html>
- Hagen, R. & Kennair, L. E. O. (2016). *Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Harper, D. (2002). Talking about pictures: A case for photo elicitation. *Visual Studies*, 17(1), 13-26. <https://doi.org/10.1080/14725860220137345>
- Hawkley, L. C., Cacioppo, J. T. & Hawkley, L. C. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heenan, D. (2006). Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health? *Disability & Society*, 21(2), 179-191. <https://doi.org/10.1080/09687590500498143>
- Helsedirektoratet. (2013). Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Henta 27.05.2019 frå <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/schizofreni>
- Helsedirektoratet. (2018). *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen*. Henta frå [file:///C:/Users/idaja/Downloads/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20\(NCD\).pdf](file:///C:/Users/idaja/Downloads/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf)
- Helsedirektoratet. (2019). Fysisk aktivitet for voksne og eldre. Henta 16.05.19 frå <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre>
- Hennekens, C., Hennekens, A., Hollar, D. & Casey, D. (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease, 1115-1121. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2005.02.007>
- Hert, M., Schreurs, V., Vancampfort, D. & Winkel, R. (2009). Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review, 8, 15-22.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. D., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hummelvoll, J. K. & Dahl, T. E. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*.
- Jacobsen, D. I. (2015a). Etske og praktiske avveininger. I D. I. Jacobsen (Red.), *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg., s. 45-58). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2015b). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jess Glynne, Ed Sheeran & Steve Mac. (2018). Thursday.
- Karanci, N. A., Gök, A. C., Yıldırım, B. & Borhan, N. (2017). Social support perceptions of Turkish people with schizophrenia: What helps and what doesn't help. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 657-665. <https://doi.org/10.1177/0020764017726931>

- Kennair, L. E. O. & Kleppestø, T. H. (2016). Hva er psykopatologi? I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Kolstad, A. & Pedersen, P. (2009). De-institutionalisation and trans-institutionalisation - changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. *International Journal of Mental Health Systems*, 3(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-28>
- La, S., Ungar, M., Malla, A., Frankish, J. & Suto, M. (2014). Meanings of well-being from the perspectives of youth recently diagnosed with psychosis. *Journal of Mental Health*, 23(1), 25-30. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.841866>
- Larson, J. S. (1999). The Conceptualization of Health, 56, 123-136. <https://doi.org/10.1177/107755879905600201>
- Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Damm.
- Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T.-J. & Torleif, R. (2016). Treating symptoms or assisting human development: Can different environmental conditions affect personal development for patients with severe mental illness? A qualitative study.(Report). *International Journal of Mental Health Systems*, 10(8). <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0041-2>
- Lie, A. (2009). Den tvetydige omsorgen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(13), 1369-1370. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0612>
- Løberg, E.-M. & Johnsen, E. (2016). Psykoselidelser. I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malchiodi, C. A. (2002). *Handbook of Art Therapy* New York, USA: Guilford Press.
- Malhotra, N., Parmanand, K., Subho, C. & Sandeep, G. (2016). Lifestyle related factors & impact of metabolic syndrome on quality of life, level of functioning & self-esteem in patients with bipolar disorder & schizophrenia. *Indian Journal of Medical Research*, 143(4), 434-442. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.184284>
- Markula, P. & Silk, M. (2011). *Qualitative research for physical culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Mjøsumund, N. H. (2017). *Positive mental health - from what to how. A study in the specialized mental healthcare service* (Doktoravhandling, NTNU). Henta frå <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2447606>
- Mjøsumund, 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. <https://doi.org/10.1080/14623730.2015.1039329>
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforl.
- Nysæter, T. E. & Walvig, H.-H. (2016). Stemningslidelser. I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 122-139). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Pietkiewicz, I. & Smith, J. A. (2012). Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 361-369.
- Portaasen, I.-L. N., Haaland-Øverby, M., Jensen, S. L., Kjus, S. H. H. & Norheim, I. (2015). Egenerfaring som ressurs i forskning - ei rådgivningsgruppes opplevelse av medforskning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(4), 352-356.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, H., Heider, D., Schindler, J., Riedel-Heller, S. & Angermeyer, M. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 42(4), 268-276. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0164-5>
- 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. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 18, e150-e150. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2014.11.161>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52, 141-166.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seow, L. S. E., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., ... Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders*, 190, 499-507. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.021>
- Shenton, A. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-76. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C. & Bjelland, A. K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 28(4), 19-23. <https://doi.org/10.1177/010740830802800405>

- Slade, M., Powell, R. & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 177-184. <https://doi.org/10.1007/BF00788236>
- Smith, J. A., Larkin, M. & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research*. Los Angeles: SAGE.
- Solem, S., Nilsen, T. & Vogel, P. A. (2016). Angstlidelser. I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 142-155). Oslo: Gyldendal akademisk.
- St.meld. nr. 19 (2018-2019). (2019). *Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.
- 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. <https://doi.org/10.1080/01612840490486791>
- Tandon, R., Keshavan, M. S. & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, "Just the Facts" What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia research*, 102(1), 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.011>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.004>
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J. & De Hert, M. (2011). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 129(2-3), 122-127. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.03.018>
- Volden, O. (2004). Vi sier farvel til «den psykiatriske pasienten». Et brukerperspektiv på psykisk helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (01), 43-54.
- Westerhof, G., J. & Keyes, C., L, M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- Windell, D., Norman, R. & Mall, A. K. (2012). The Personal Meaning of Recovery Among Individuals Treated for a First Episode of Psychosis. *Psychiatric services*, 63, 548-553.
- Wing, J. K. & Brown, G. W. (1961). Social Treatment of Chronic Schizophrenia: a Comparative Survey of Three Mental Hospitals. *Journal of Mental Science*, 107(450), 847-861. <https://doi.org/10.1192/bjp.107.450.847>

World Health Organization, W. (2019). WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. Henta 15.11.19 2019 frå <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

Vedlegg 1: Informasjon til institusjonen



INFORMASJON OM FORSKINGSPROSJEKTET

«Kva er ein aktiv livsstil for deg? Ein kvalitativ studie av personar med psykoseproblematikk.»

Prosjektet inngår som masterprosjektet til Ida Jarstadmarken, student ved Norges Idrettshøgskole. Prosjektet har som formål å undersøkje kva personar med psykoseproblematikk snakkar om når dei snakkar om aktiv livsstil. Samt korleis personane opplever at dei får støtte ved behandlingsinstitusjonen til å leve ein aktiv livsstil. Dette er eit informasjonsskriv til dykk ved institusjonen CRUX Bergfløtt behandlingssenter som potensielt kan bidra i prosjektet sin gjennomføring. Under vil det framkomme informasjon om kva prosjektet vil innebere for dykk som institusjon og ei detaljert beskriving av protokoll for rekruttering av deltakarar.

KVA INNEBER PROSJEKTET FOR INSTITUSJONEN?

Prosjektet strekker seg over ein periode på eitt studieår. Hjelpa vi treng frå dykk som institusjon vil vere i ein periode på opp til eit par månadar hausten 2019. Det er ynskjeleg at pasientar ved institusjonen vert rekruttert som deltakarar i prosjektet. Til det treng vi hjelp frå spesialist ved institusjonen til å gjere faglege og gode vurderingar av kven som kan vere aktuelle å spørje, basert på inklusjonskriteriar lista opp lenger ned i informasjonsskrivet.

For å rekruttere deltakarar må dei aktuelle pasientane skrive under på eit informert samtykke. Det inneberer at pasientane får detaljert informasjon om prosjektet og kva det inneberer, og det skal vere heilt frivillig å eventuelt velje å delta. Ynskjeleg er at dagleg leiar eller spesialist ved institusjonen tek kontakt med pasientane første gong for å informere munnleg om prosjektet, og gå gjennom informasjonsskrivet med same informasjon. Ida kan deretter stillast tilgjengeleg for spørsmål og stå for vidare kontakt.

Det kan vere hensiktsmessig å ha ein trygg fagperson frå avdelinga som kan vere tilgjengeleg for pasientane i etterkant av intervjuet, dersom pasientane skulle hatt behov for samtale eller har spørsmål knytt til deltaking i prosjektet. Ida vil også vere tilgjengeleg.

KVA INNEBER PROSJEKTET FOR DELTAKARANE?

For deltakarane inneber det å delta ein gong på eit enkeltintervju med ein varigheit på ca. 3045 minuttar i løpet av Januar 2020. Det vil kun vere deltakar og Ida til stades under intervjuet. Intervjuet vil innehalde spørsmål relevante for formålet med prosjektet, som til dømes kva pasientne likar å halde på med, og kva dei ville gjort om dei hadde ein ledig dag. Det vil ikkje bli stilt spørsmål som har med deltakaren si sjukdomshistorie å gjere. Deltakarane kan velje om dei vil svare på enkelte spørsmål, og ikkje andre. Deltakarane vil i forkant bli spurt om å ta to bileter med telefonen sin, som skal vise dømer på ein aktiv livsstil frå deltakaren sitt liv. Det vil bli lagt opp til at intervjuet kan gjennomførast under ein gåtur i nærområdet rundt CRUX Bergfløtt behandlingssenter. Det vil vere opp til kvar enkelt deltakar om dei er komfortable med den måten å gjennomføre intervjuet på, eller om dei har andre preferansar, som til dømes på eit rom ved institusjonen.

KVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DELTAKARANE?

Opplysningane som vert registrert om deltakarane skal kun brukast slik som beskrive i formålet med prosjektet.

Intervjuet vil bli teke opp på lydband. Lydbandet vil ikkje bli lytta til av andre enn Ida. Lydbandet skal transkriberast. All informasjon vil bli behandla utan namn eller andre direkte gjenkjennande opplysningar. Ein kode knyttar deltakarane til deira opplysningar, deira lydopptak og transkripsjon gjennom ei namneliste, og blir på den måten aidentifiserbart. Det er kun Ida og prosjektleiar Marte Bentzen som har tilgang til denne namnelista. Lista vert oppbevart innlåst i ein safe på prosjektleiar sitt kontor. Aidentifiserbart materiale blir oppbevart på passordbelagt PC.

Det vil ikkje bli nytta informasjon om deltakarane frå saksmapper, journalar eller rapportar. Det er kun informasjon frå intervjuet som vert nytta i dette prosjektet.

Deltakarane har rett til innsyn i kva opplysningar som er registrert om seg og rett til å få korrigert eventuelle feil i dei opplysningane som er registrert. Deltakarane har òg rett til å få innsyn i sikkerhetstiltaka ved behandling av opplysningane.

Masteroppgåva skal leverast i mai 2020. Lydopptaka vil bli sletta så snart dei er transkriberte. Kodenøkkel og det aidentifiserte, transkriberte materialet vert oppbevart i fem år etter prosjektslutt for at NIH sin etiske komité skal kunne etterprøve og kontrollere masteroppgåva i ettertid. Kodenøkkel vil bli oppbevart i safe, dokument vil bli oppbevart på passordbelagt område på vegleiarers område på NIH sin server.

Deltakarane vil få all denne informasjon både skriftleg og munnleg før dei eventuelt vil signere samtykke.

INKLUSJONSKRITERIAR OG REKRUTTERINGSPROTOKOLL

Inklusjonskriteriar for deltaking i prosjektet er som følgjer:

1. For å inkluderast i studien må deltakar vere pasient ved institusjonen medan datainnsamling skjer.
2. For å inkluderast i studien må deltakar vurderast til å vere samtykkekompet. For å vere samtykkekompetent må ein vere i stand til å forstå formålet med prosjektet og eventuelle fordelar og ulemper knytt til deltaking (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer, 2005). Psykiatriske pasientar vert ansett som ei gruppe med potensiell redusert samtykkekompetanse (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer, 2005), noko som vil sei at det kan vere faktorar som påverkar evna til å forstå. Dette skal vurderast med fagleg grunning av spesialist ved institusjonen. Som samtykkekompetent, ligg det implisitt at pasienten ikkje er på sitt dårlegaste.
3. Spesialist ved institusjonen vil vurdere at det ikkje er sannsynleg at deltaking i prosjektet vil vere belastande eller opplevast som negativt for pasienten.

Det er ynskjeleg med like mange kvinner og menn, men eventuell kjønnskeivheit grunna omstende, vil bli godteke. Hovudtyngda av pasientane ved institusjonen er unge vaksne i alderen 20-35 år, og utvalet vil derfor også vere i det aldersspennet.

Rekrutteringsprotokoll:

1. Leder av institusjon informerer alle pasienter om studien på allmøte 7. januar. Leder informerer om at det er kun noen av pasientene som vil bli forspurt og at det er frivillig å delta.
2. Leder og spesialist ved institusjonen gjør så en vurdering av hvilke pasienter på avdelingen i januar som er egnet til å bli forspurt til deltagelse i hht inklusjon- og eksklusjonskriterer. Disse blir da kontaktet enten av leder eller spesialist, og spurt om de kunne tenke seg å høre mer om studien, og om det er greit at masterstudent kommer og gir de informasjon om studien. I dette en-til en møte vil ansatt på institusjon spesifikt informere om at det er frivillig å delta, og at det ikke vil få noen konsekvenser for personen om de ikke vil delta eller hvis de velger å trekke seg underveis.
3. Masterstudent kommer til institusjon for å snakke de aktuelle deltagere i en-tilensamtaler. Masterstudent går igjennom skrivet med informert samtykke, og presiserer at det er frivillig og delta og at det ikke vil få noen konsekvenser for personen om de ikke vil delta eller hvis de velger å trekke seg underveis.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med følgende personar:

Prosjektleder og vegleiar Marte Bentzen, e-post: marte.bentzen@nih.no.

Vegleiar Gro Rugseth, e-post: gro.rugseth@nih.no.

Masterstudent Ida Jarstadmarken, tlf: 41444491, e-post: idaj@nih.no.

Personvernombud ved institusjonen (NIH sin etiske komité) er overingeniør Karine Justad, tlf: 23262089, e-post: karine.justad@nih.no.

Litteratur:

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer. (2005). Redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning. Henta frå <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusertsamtykkekompetanse/Bakgrunn/>

Vedlegg 2: Informert samtykke



FØRESPURNAD OM DELTAKING I FORSKINGSPROSJEKTET

«Kva er ein aktiv livsstil for deg? Ein kvalitativ studie av personar med psykoseproblematikk.»

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit forskingsprosjekt. Prosjektet er eit masterprosjekt, og utgjer masteroppgåva til Ida Jarstadmarken, student ved Norges Idrettshøgskole. Prosjektet har som formål å undersøkje kva personar med psykoseproblematikk snakkar om når dei snakkar om aktiv livsstil. Samt korleis personane opplever at dei får støtte ved behandlingstilstanden til å leve ein aktiv livsstil. Du blir spurt om å delta fordi du er pasient ved CRUX Bergfløtt behandlingssenter.

KVA INNEBER PROSJEKTET FOR DEG?

Du deltek ein gong i løpet av våren 2020 ved å delta i eit enkeltintervju på ca. 30-45 minuttar. Intervjuet vil vere som ein vanleg samtale mellom deg og Ida, der Ida vil stille enkelte spørsmål, og du kan velje om du vil svare eller ikkje. Det vil også vere ope for deg til å stille spørsmål eller dele tankar du måtte ha rundt tema me snakkar om, om du ynskjer det. Samtalen vil innehalde spørsmål relevante for formålet med prosjektet, som til dømes kva du likar å halde på med og kva du ville gjort om du hadde hatt ein ledig dag. Det vil ikkje bli stilt spørsmål som har med di sjukdomshistorie å gjere. Før samtalen vil du bli spurt om å ta to bilete med telefonen din som skal vise kva som er dømer på ein aktiv livsstil frå ditt liv. Det vil bli lagt opp til at samtalen kan føregå under ein gåtur i nærområdet rundt CRUX Bergfløtt behandlingssenter. Det vil vere opp til deg om du kjenner deg komfortabel med den måten å gjennomføre samtalen på, eller om du har andre ynskjer, som til dømes på rommet ditt, eller på eit anna rom ved institusjonen. Du kan når som helst under samtalen velje å ta ein pause, eller avslutte, utan å måtte oppgi grunn. Ida har full taushetsplikt ovanfor personalet ved CRUX Bergfløtt behandlingssenter, og andre, og det som blir sagt under denne samtalen vil derfor avvike frå ordinær behandling og bli mellom deg og Ida.

MOGLEGE FORDELAR OG ULEMPER

Det er ingen spesielle ulemper eller risiko forbunde med deltaking i dette prosjektet. Ein mogleg fordel kan vere at du blir meir bevisst dine tankar om kva som er ein aktiv livsstil for deg.

FRIVILLIG DELTAKING OG MOGLEGHEIT FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ynskjer å delta, underteiknar du samtykkeerklæringa på siste side. Du kan når som helst og utan å oppgi grunn trekke samtykke. Dette vil ikkje få konsekvensar for vidare behandling. Dersom du trekker deg frå prosjektet, kan du krevje å få sletta innsamla opplysningar. Vi vil presisere at desse analysane og resultat alltid vil vere anonymiserte. Øvrige opplysningar om deg som ikkje allereie er brukt til dette formål vil slettast. Dersom du seinare ynskjer å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Ida Jarstadmarken på telefon (41444491) eller e-post (idaj@nih.no).

KVA SKJER MED OPPLYSNINGANE OM DEG?

Opplysningane som vert registrert om deg skal kun brukast slik som beskrive i formålet med prosjektet.

Samtalen vil bli teke opp på lydband. Lydbandet vil ikkje bli lytta til av andre enn Ida. Lydbåndet skal transkriberast, som betyr at det skal skrivast om til tekst. All informasjon vil bli behandla utan namn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennande opplysningar. Ein kode knytter deg til dine opplysningar, ditt lydopptak og transkripsjon gjennom ei namneliste, og blir på den måten aidentifiserbart. Det er kun Ida og prosjektleiar Marte Bentzen som har tilgang til denne namnelista. Lista vert oppbevart innlåst i ein safe på prosjektleiar sitt kontor. Aidentifiserbart materiale blir oppbevart på passordbelagt PC.

Det vil ikkje bli nytta informasjon om deg frå saksmapper, journalar eller rapportar. Det er kun informasjon frå samtalen som vert nytta i dette prosjektet.

Du har rett til innsyn i kva opplysningar som er registrert om deg og rett til å få korrigerast eventuelle feil i dei opplysningane som er registrert. Du har òg rett til å få innsyn i sikkerhetstiltaka ved behandling av opplysningane.

Masteroppgåva skal leverast i mai 2020. Opplysningane om deg og ditt lydopptak vil bli anonymisert etter prosjektslutt. Koden og aidentifiserbart materiale knytt til dine opplysningar vert oppbevart i fem år etter prosjektslutt for at NIH sin etiske komité skal kunne etterprøve og kontrollere masteroppgåva i ettertid.

GODKJENNING

NIHs etiske komite har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning.

Etter ny personopplysingslov har behandlingsansvarleg institusjon Norges idrettshøgskole og prosjektleiar Marte Bentzen sjølvstendig ansvar for å sikre at behandlinga av dine opplysningar har eit lovlig grunnlag. På oppdrag frå Norges idrettshøgskole har Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Du har rett til å klage på behandlinga av dine opplysningar til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med følgjande personar:

Prosjektleiar og vegleiar Marte Bentzen, e-post: marte.bentzen@nih.no.

Vegleiar Gro Rugseth, e-post: gro.rugseth@nih.no.

Masterstudent Ida Jarstadmarken, tlf: 41444491, e-post: idaj@nih.no.

Personvernombud ved institusjonen (NIH sin etiske komité) er overingeniør Karine Justad, tlf: 23262089, e-post: karine.justad@nih.no.

EG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT DEN
INFORMASJONEN OG DET EG DELER UNDER INTERVJUET BLIR BRUKT SLIK
DET ER BESKRIVE

Stad og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstavar

Eg bekrefter å ha gitt deltakar informasjon om prosjektet.

Stad og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 3: Svarbrev frå REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst B	Ingrid Dønåsen	22845523	26.11.2019	51866
			Deres referanse:	

Marte Bentzen

51866 «Kva er ein aktiv livsstil for deg? Ein kvalitativ studie av personar med psykoseproblematikk.»

Forskningsansvarlig: Norges idrettshøgskole

Søker: Marte Bentzen

Søkers beskrivelse av formål:

Formålet med prosjektet er å komme i kontakt med personer med psykoseproblematikk for å undersøke hva de snakker om når de snakker om en aktiv livsstil, og hvordan de opplever å få støtte til å leve en aktiv livsstil ved institusjonen de er innlagt ved. Utvalget skal rekrutteres fra en institusjon for mennesker med psykoselidelser, med gitte seleksjonskriterier. Det skal benyttes kvalitativ metode med enkeltintervjuer med en varighet på ca. 30-45 minutter. Det er ønskelig å benytte kvalitativ metode for å få et enda større innblikk i pasienters perspektiv enn det som foreligger av forskning i dag. Prosjektets nytteverdi ligger i at vi kan få en bredere innsikt i personer med psykoseproblematikk sitt perspektiv på hva en aktiv livsstil kan være for dem, hvordan de opplever at dette blir møtt i behandling. Denne kunnskapen kan man som helsepersonell i møte med personer med psykoseproblematikk ta lærdom av, og dermed ta hensyn til.

REKs vurdering

Prosjektet har som formål å undersøke hva personer med psykoseproblematikk mener når de snakker om en aktiv livsstil og om de opplever støtte ved behandlingsinstitusjon til å ha en aktiv livsstil. Komiteen anser ikke at prosjektets formål er å gi ny kunnskap om helse og sykdom som sådan. Det faller dermed ikke innenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4 bokstav a.

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen

Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

Det kreves ikke forhåndsgodkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Komiteen gjør oppmerksom på at det faktisk at et prosjekt blir vurdert av REK til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde ikke er til hinder for at resultater fra prosjektet kan publiseres.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§ 2 og 4 bokstav a. Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen

Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

Vedlegg 4: Svarbrev frå NSB



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Kva er ein aktiv livsstil for deg? Ein kvalitativ studie av personar med psykoseproblematikk.

Referansenummer

887797

Registrert

27.09.2019 av Ida Jarstadmarken - idaj@student.nih.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges idrettshøgskole / Seksjon for idrettsmedisinske fag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marte Bentzen, marte.bentzen@nih.no, tlf: 99020101

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ida Jarstadmarken, ijarstadmarken@gmail.com, tlf: 41444491

Prosjektperiode

01.10.2019 - 01.07.2020

Status

20.12.2019 - Vurdert

Vurdering (2)

20.12.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 19.12.2019.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.12.2019. Behandlingen kan fortsette.

Prosjektet er vurdert av REK sør-øst B i vedtak av 26.11.2019, deres referanse 51866 (se under Tillatelser).

REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK.

Prosjektet er vurdert av etisk komite ved Norges Idrettshøgskole. På bakgrunn av forelagte dokumentasjon finner komiteen at prosjektet er forsvarlig og at det kan gjennomføres innenfor rammene av anerkjente etiske forskningsetiske normer nedfelt i NIHs retningslinjer.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

08.11.2019 - Vurdert

Prosjektleder skal innhente etisk godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dersom vedtak fra REK medfører endringer i prosjektet må dette meldes til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Vi ber om at vedtak fra REK lastes opp i meldeskjema når dette foreligger.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 08.11.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte når vedtak fra REK foreligger.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2020. Av dokumentasjonshensyn eller vilkår fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk/ etisk komité ved Norges idrettshøgskole skal data med personopplysninger oppbevares til 01.07.2025.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om ogsamtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art.

12.1 og art. 13.

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser.

Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

NSD presiserer at dersom REK vedtar at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning og prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4, vil ikke dette unntaket være gjeldende og informasjonsskrivet må oppdateres. Begrunnelsen er at unntak fra

sletting slik det er beskrevet her, kun gjelder for prosjekt som er omfattet av helseforskningsloven.

Vi minner om at dersom en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/ pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 5: Svarbrev frå NIH sin etiske komitè

Marte Bentzen
Seksjon for kroppsøving og pedagogikk

OSLO 17. desember 2019

Søknad 128-051219 – Kva er ein aktiv livsstil for deg? Ein kvalitativ studie av personar med psykoseproblematikk

Vi viser til søknad, prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv, innsendt melding til NSD og tilleggsinformasjon mottatt 6.12.19.

I henhold til retningslinjer for behandling av søknad til etisk komite for idrettsvitenskapelig forskning på mennesker, har komiteen konkludert med følgende:

Vedtak

På bakgrunn av forelagte dokumentasjon finner komiteen at prosjektet er forsvarlig og at det kan gjennomføres innenfor rammene av anerkjente etiske forskningsetiske normer nedfelt i NIHs retningslinjer. Til vedtaket har komiteen lagt følgende forutsetning til grunn:

- *Vilkår fra NSD følges*

Komiteen gjør oppmerksom på at vedtaket er avgrenset i tråd med fremlagte dokumentasjon. Dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektet som kan ha betydning for deltakernes helse og sikkerhet, skal dette legges fram for komiteen før eventuelle endringer kan iverksettes.

Med vennlig hilsen

Professor Sigmund Loland

Leder, Etisk komite, Norges idrettshøgskole

XV

Vedlegg 6: Intervjuguide

«Kva er ein aktiv livsstil for deg?»

Ein kvalitativ studie av kva personar med psykoseproblematikk snakkar om når dei snakkar om omgrepet «aktiv livsstil».

Intervjuguide

Dato for gjennomføring av intervju: Vår 2020

Varighet på prosjekt: August 2019 – Juni 2020.

Utval: Pasientar ved ein behandlingstusitusjon for pasientar med psykoseproblematikk.

Hensikt med undersøkinga

Undersøkinga er eit masterprosjekt som vil utgjere masteroppgåva til student ved Norges idretthøgskole, Ida Jarstadmarken. Hensikten med prosjektet er å komme i kontakt med personar med psykoseproblematikk for å undersøkje kva dei snakkar om når dei snakkar om aktiv livsstil, og korleis dei opplever å få støtte til å leve ein aktiv livsstil ved behandlingstusitusjonen dei innlagt ved.

SEMISTRUKTURERT INTERVJUGUIDE IPA

Innleiing: kven er eg, kvifor gjer eg dette, kva gjer vi no.

«Du veit allereie litt om kven eg er når eg er på jobb på Blomsterhagen, men eg tenkte å fortelje kort kven eg er akkurat i denne settinga. Her er jo eg student, og har valt å skrive ei oppgåve som handlar om kva menneske med psykose ser på som ein aktiv livsstil og litt om korleis du opplever at du får støtte her på Blomsterhagen til å leve ein aktiv livsstil. Det er derfor eg og du skal ha denne samtalen her – fordi du er pasient på Blomsterhagen og har vore så sporty å sagt ja til å delta. Det eg kjem til å lære av deg i denne samtalen, vil bli brukt i masteroppgåva mi, og vil vere til stor hjelp. Det vil ikkje bli brukt informasjon om deg, så namnet ditt og all anna informasjon vil bli gjort anonymt. Eg har taushetsplikt også som student i dette prosjektet, noko som vil sei at alt det vi snakkar om i denne samtalen vil bli mellom oss, og vil ikkje forteljast vidare til dei på Blomsterhagen. Det som skjer no er at eg kjem til å starte med å stille deg eit spørsmål, så får vi kanskje ein samtale rundt det. Kanskje stiller eg nokre oppfølgingsspørsmål dersom det er noko eg tykkjer er ekstra interessant. Du kan også legge til informasjon eller fortelje utan at eg har stilt spørsmål. Dersom du har spørsmål, treng ein pause eller ynskjer å avslutte, så er det heilt i orden – og det er berre å sei ifra utan å måtte sei kvifor. Skal vi berre setje i gang?»

Innleiande spørsmål:

Korleis ser ein vanleg dag ut for deg?

Kva likar du å halde på med?

Kva likar du gjere innandørs?

Kva likar du å gjere utandørs?

Kven likar du å «henge» med?

Kva hadde du gjort dersom du hadde hatt ein ledig dag til å gjere det du vil?

Er det ein hobby/aktivitet du har drive med tidlegare som du ikkje gjer lenger?

Har du tankar om kvifor?

Er det noko du kunne tenke deg å gjort igjen?

Kva skal til for å starte med det igjen?

Kva drøyer du om å kunne gjere?

Kva planar har du framover?

Dersom deltakar har med bilete etter prosedyre:

Kort beskriving av kva eg ser på bilete – til lydopptakaren. Dette biletet har du teke fordi eg ba om at du skulle ta eit bilete av noko som kan representere eit eksempel på ein aktiv livsstil frå ditt liv, så tek du bilete av ... Kan du sei litt meir om korleis det heng saman?

Vil du sei noko om kvifor du valte å ta akkurat desse bileta?

Kva tenkjer du når du ser på biletet?

Oppsummerande fase:

Det er mykje snakk om aktiv livsstil i vår tid: aviser, folk snakkar om at det er viktig å trene og ete sunt for ei god helse, både fysisk og psykisk. Mange er opptatt av dette med å vere aktiv og ha ein aktiv livsstil.

Kva tenker du om det - er det noko som appellerer til deg?

Har du nokon tankar om kva ein aktiv livsstil er for din del?

Kva assosierar du med det uttrykket?

Er det noko du kan kjenne deg igjen i?

Spørsmål om støtte og hjelp frå dei ansatte på Blomsterhagen:

Ut frå det du har forklart ein aktiv livsstil er for deg:

Korleis er det å få til å leve ein slik aktiv livsstil på Blomsterhagen?

Er dette eit tema du snakkar om med nokon av dei ansatte på Blomsterhagen?

På kva måte opplever du at du får støtte og hjelp frå Blomsterhagen til å kunne leve ein aktiv livsstil slik vi har snakka om no?

Har du noko du vil tilføye eller noko du lurar på?