

Anna Ellingsen Sagvolden

---

«Alle her er klar over fordelene av fysisk aktivitet, men det er ikke alltid sånn at vi tilrettelegger for det»

En kvalitativ studie av fysisk aktivitet som behandlingstiltak i psykisk helsevern

---

Masteroppgave i idrettsvitenskap  
Seksjon for idrettsmedisinske fag  
Norges idrettshøgskole, 2021

## Sammendrag

**Formål:** Formålet med denne studien er å belyse pasienter og ansatte sine erfaringer med fysisk aktivitet som et behandlingstiltak ved distriktpspsykiatriske sentre. Studien vil også undersøke hvordan disse erfaringene, sett i lys av aktivitetsteori, kan gi kunnskap om muligheter og utfordringer knyttet til implementering av fysisk aktivitet på individ- og systemnivå.

**Metode:** Det er benyttet kvalitativ metode, hvor materialet er utviklet gjennom semistrukturerte intervjuer med fem deltakere. Utvalget består av tre ansatte og to pasienter tilhørende et distriktpspsykiatrisk senter. Datamaterialet er analysert med utgangspunkt i Braun og Clarke (2006) sin tematiske analyse. Oppgavens teoretiske rammeverk er basert på en kombinasjon av andre- og tredjegerasjons aktivitetsteori.

**Resultat:** Samtlige deltakere anså fysisk aktivitet som et verdifullt tiltak i behandlingssammenheng. Likevel var det store individuelle forskjeller mellom pasientene hva gjaldt opplevde fordeler, barrierer, motivasjonsfaktorer og foretrukket aktivitetsform. Videre opplevde de ansatte at manglende gjennomføring av fysisk aktivitet på døgntilbudet i stor grad kunne tilskrives manglende tverrfaglig samarbeid, utilstrekkelige rutiner, mangelfull utnyttelse av eksisterende ressurser og manglende rolle- og ansvarsfordeling. I tillegg rettet de ansatte oppmerksomhet mot forhold på systemnivå, eksempelvis tilmålte ressurser, som en av årsakene til at fysisk aktivitet ikke ble implementert på enheten. På dagbehandlingens derimot, fremkom det at aktivitetstilbudet var planlagt, strukturert og etablert.

**Konklusjon:** Fysisk aktivitet anses som et viktig behandlingstiltak av både pasienter og ansatte ved distriktpspsykiatriske sentre. For at fysisk aktivitet skal bli en integrert del av behandlingstilbudet må det etableres faste rutiner, struktur, tverrfaglig samarbeid, felles holdninger og verdier, tydelig rolle- og arbeidsfordeling og utnyttelse av eksisterende ressurser.

**Nøkkelord:** Fysisk aktivitet, psykisk helse, distriktpspsykiatriske sentre, aktivitetsteori, ekspansiv læring og utvikling, implementeringsarbeid, tverrfaglig samarbeid.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag .....</b>	<b>3</b>
<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>4</b>
<b>Forord .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Innledning.....</b>	<b>9</b>
1.1 Bakgrunn.....	10
1.2 Forskningsspørsmål.....	11
1.3 Studiens oppbygning og struktur.....	11
<b>2. Kontekstuell teori.....</b>	<b>12</b>
2.1 <b>Psykiske lidelser .....</b>	<b>12</b>
2.1.1 Diagnosesystemer.....	12
2.1.2 Konsekvenser .....	13
2.1.3 Tradisjonell behandling.....	13
2.2 <b>Psykisk helsevern.....</b>	<b>14</b>
2.2.1 Historisk utvikling i psykisk helsevern .....	15
2.2.2 Distriktpsikiatriske sentre .....	16
2.2.3 Sentrale lover og forskrifter .....	16
2.2.4 Finansieringsordninger.....	17
2.2.5 Utfordringer innen psykisk helsevern .....	18
2.3 <b>Fysisk aktivitet .....</b>	<b>20</b>
2.3.1 Anbefalinger for fysisk aktivitet.....	21
2.3.2 Meningsaspektet ved fysisk aktivitet .....	22
2.3.3 Barrierer ved fysisk aktivitet .....	23
2.3.4 Fysisk aktivitet innen psykisk helsevern .....	24
2.3.5 Ansattes rolle ved fysisk aktivitet .....	25
2.3.6 Ansattes refleksjoner av fysisk aktivitet.....	26
2.4 <b>Oppsummering av kontekstuell teori .....</b>	<b>27</b>
<b>3. Aktivitetsteori .....</b>	<b>28</b>
3.1 <b>Aktivitetsteoriens utvikling.....</b>	<b>29</b>
3.2 <b>Aktivitetssystemets seks komponenter .....</b>	<b>31</b>
3.3 <b>Aktivitetsteoriens fem grunnprinsipper .....</b>	<b>33</b>
3.3.1 Analyseenheten .....	33
3.3.2 Flerstemmighet.....	34
3.3.3 Historisitet .....	34
3.3.4 Motsetninger.....	34
3.3.5 Ekspansiv læring og utvikling.....	35

3.4	Den ekspansive læringssirkel.....	36
3.5	Oppsummering av teoretisk rammeverk.....	36
<b>4.</b>	<b>Metode .....</b>	<b>37</b>
4.1	Kvalitativ metode.....	37
4.2	Vitenskapelig forankring .....	37
4.3	Utvikling av data.....	38
4.3.1	Utvalg og deltakerkriterier .....	38
4.3.2	Rekruttering og innsamlingsstrategier.....	39
4.4	Forskningsintervju .....	39
4.4.1	Intervjuform.....	40
4.4.2	Intervjuguide .....	40
4.4.3	Pilotintervjuer.....	41
4.4.4	Gjennomføring av intervjuene.....	42
4.4.5	Transkripsjon av datamaterialet .....	43
4.5	Dataanalyse .....	43
4.5.1	Tematisk analyse .....	44
4.5.2	Tolkning av data.....	44
4.5.3	Analyseprosessen .....	45
4.6	Kvalitetssikring av data .....	47
4.6.1	Validitet .....	48
4.6.2	Reliabilitet .....	49
4.6.3	Overførbarhet .....	50
4.6.4	Forskerens posisjon og forståelse.....	51
4.7	Metodiske refleksjoner .....	52
4.8	Etiske hensyn.....	53
4.8.1	Informert samtykke .....	53
4.8.2	Konfidensialitet .....	54
4.8.3	Konsekvenser .....	54
4.8.4	Forskerens rolle .....	55
<b>5.</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>56</b>
5.1	Introduksjon av utvalget og enheten .....	56
5.2	Deltakernes opplevelser av fysisk aktivitet.....	58
5.2.1	«Bare sånne plusser hele veien».....	58
5.2.2	«Det finnes et flust av utfordringer» .....	61
5.2.3	«En jobb jeg må gjøre selv».....	62
5.3	Kollegiets problemforståelse.....	63
5.3.1	«Vi diskuterer ikke det» .....	63
5.3.2	«Lite klarhet i hva jobben går ut på».....	66
5.3.3	«Et verktøy for å samhandle i tråd med pasientens verdier» .....	66
5.4	Institusjonelle rammer .....	69
5.4.1	«Alt var så mye bedre før» .....	69

5.4.2	«Et av tiltakene som man til slutt kan bli enige om» .....	71
<b>6.</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>73</b>
<b>6.1</b>	<b>Flerstemmighet .....</b>	<b>74</b>
6.1.1	Opplvde fordeler ved fysisk aktivitet .....	74
6.1.2	Opplvde utfordringer ved fysisk aktivitet.....	76
6.1.3	Foretrukket aktivitetsform.....	77
6.1.4	Motivasjon for fysisk aktivitet.....	79
6.1.5	Oppsummering av funn relatert til flerstemmighet .....	80
<b>6.2</b>	<b>Historisitet .....</b>	<b>81</b>
6.2.1	Historisitet lokalt på DPSet .....	81
6.2.2	Historisitet innen psykisk helsevern.....	82
<b>6.3</b>	<b>Motsetninger .....</b>	<b>86</b>
6.3.1	Fellesskap .....	86
6.3.2	Arbeidsdeling .....	88
6.3.3	Regler og verktøy .....	90
<b>6.4</b>	<b>Ekspansiv læring og utvikling .....</b>	<b>92</b>
6.4.1	Motsetninger som resulterte i stagnasjon .....	92
6.4.2	Motsetninger som resulterte i endringsinnsats .....	94
<b>7.</b>	<b>Oppsummering, refleksjon og konklusjon .....</b>	<b>96</b>
<b>7.1</b>	<b>Praktiske implikasjoner .....</b>	<b>96</b>
<b>7.2</b>	<b>Teoretiske betraktninger.....</b>	<b>97</b>
7.2.1	Tolkning av aktivitetsteorien.....	97
7.2.2	Kritikk av aktivitetsteorien.....	98
<b>7.3</b>	<b>Styrker og svakheter ved studien .....</b>	<b>99</b>
<b>7.4</b>	<b>Forslag til videre forskning.....</b>	<b>100</b>
<b>7.5</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>101</b>
	<b>Referanser .....</b>	<b>103</b>
	<b>Tabelloversikt.....</b>	<b>123</b>
	<b>Figuroversikt .....</b>	<b>124</b>
	<b>Vedlegg.....</b>	<b>125</b>

## Forord

*«Å gå tur er menneskets beste medisin» (Hippokrates)*

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og god helse er ikke ny kunnskap. Allerede 400 år før Kristus antydte legekunstens far, Hippokrates, at den beste måten for å opprettholde helse og velvære var å bedrive fysisk aktivitet.

Med mitt brennende engasjement for fysisk aktivitet og psykisk helse falt det seg derfor naturlig å bruke det siste året av masterforløpet på å fordype seg i og utforske aspektene rundt tilrettelegging av fysisk aktivitet i psykisk helsevern. Selv om det har vært en spennende, lærerik og givende prosess, har jeg møtt på en rekke utfordringer, blindveier og sidespor. Det har vært en humpete vei med en god blanding av frustrasjon, tårer og glede. Etter utallige timer arbeid lagt ned i denne oppgaven er jeg stolt over egen innsats og glad for å endelig være i mål.

Dette året ble alt annet enn hva jeg så for meg. Sosialt samhold, fellesskap og studiemiljø ble byttet ut med leilighetens fire vegger. Covid-19 situasjonen har gjort dette året ekstra krevende, og det har naturligvis også påvirket arbeidet med masteroppgaven. Det har tidvis vært vanskelig å få tilgang til relevant litteratur, og ikke minst har det vært utfordrende å rekruttere psykiatriske enheter og intervjupersoner under pandemien. Likevel ser den sosiale sjelen i meg også positivt på det – for heldigvis har jeg ikke gått glipp av noe!

Selv om det er navnet mitt som står på oppgavens forside, er det mange som har bidratt med faglige innspill, korrekturlesning og ikke minst verdifull motivasjon og inspirasjon. Disse skal nå få sin behørlige takk:

**Gro Rugseth:** Min veileder. Jeg vil takke deg for dine bidrag med nyttige innspill, konstruktive tilbakemeldinger og faglig kompetanse. Du har støttet meg, vist tillit til arbeidet mitt og hele tiden hatt tro på oppgaven min. Tusen takk for et godt samarbeid!

**Werner Fredriksen:** Seniorrådgiver i Rådet for psykisk helse. Da jeg kontaktet deg var jeg rådvill vedrørende prosjektets problemstilling, men det tok ikke lang tid før jeg ble

inspirert av ditt forskningsarbeid. Tusen takk for dine bidrag, og ikke minst ditt smittende engasjement.

**Det aktuelle distriktpsikiatriske senteret:** Av hensyn til deltakerne gis ingen ytterligere beskrivelse, men dere vet selv hvem dere er. Det var vanskelig å få tilgang til psykiatriske institusjoner under en pandemi, men dere har tatt meg imot med åpne armer og tilrettelagt for at forskningsprosjektet kan gjennomføres ihht. smittevernregler. Tusen takk for deres imøtekommenhet, et lærerikt samarbeid og for god tilrettelegging.

**Deltakerne i prosjektet:** Uten dere hadde det ikke vært noen oppgave. Tusen hjertelig takk for at dere stilte opp og delte deres tanker, erfaringer og opplevelser. Jeg har satt stor pris på hvert enkelt sitt bidrag, all lærdom dere har gitt meg og kunnskap dere har tilført oppgaven.

**Familie og venner:** Tusen takk for daglig støtte, oppmuntring og inspirasjon. Dere har vært der i tykt og tynt, masteroppgave eller ei. Nå gleder jeg meg til mer tid med dere. Jeg vil også rette en spesielt stor takk til mamma for uvurderlig støtte og for at du alltid stiller opp for meg.

**Petter Buan Aas:** Sist, men ikke minst vil jeg rette en stor takk til min tålmodige og fantastiske samboer. Du har vært en enestående støttespiller og et solid anker i perioder med både opp- og nedturer. Takk for all hjelp, og ikke minst for at du er den du er.

Oslo, november 2021

Anna Ellingsen Sagvolden

# 1. Innledning

Omkring halvparten av den norske befolkningen vil få én eller flere psykiske lidelser i løpet av livet (Mykletun & Knudsen, 2009, s. 17), hvorav depressive lidelser, angstlidelser og rusrelaterte lidelser forekommer hyppigst (Martinsen, 2018a, s. 250). Personer som har vært sykehusinnlagt med en psykiatrisk diagnose har i gjennomsnitt 15-20 års kortere levealder sammenlignet med resten av befolkningen (Wahlbeck et al., 2011, s. 455). En dansk registreringsstudie viste at over tre fjerdedeler av mennesker med psykiske lidelser har en eller flere somatiske sykdommer, og at mange av disse sykdommene er livsstilsrelaterte (Larsen, 2008, s. 7). Til tross for både veldokumenterte og etablerte behandlingsmetoder for psykiske lidelser, poengterer Mykletun og Knudsen (2009, s. 33) at det foreligger flere utfordringer relatert til behandlingen i et folkehelseperspektiv. I den forbindelse etterlyses det behov for å styrke tilgangen til alternative behandlingstilnærminger utover psykofarmaka (Mykletun og Knudsen, 2009, s. 11). I 2017 la regjeringen frem den første strategien som dekker det psykiske helsefeltet som en helhet, med et overordnet formål om at psykiske lidelser skal bli en likeverdig del av folkehelsepolitikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 8). Det fremkommer av handlingsplanen for fysisk aktivitet 2020-2029 at spesialisthelsetjenesten i økende grad er opptatt av å tilby fysisk aktivitet og trening til pasienter med psykiske lidelser og rusutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 59). Det er likevel en begrenset del av tjenesteapparatet som systematisk benytter fysisk aktivitet som behandlingstiltak for psykiske lidelser, og det er derfor viktig å avdekke betydningsfulle fremmende og hemmende faktorer ved implementering av fysisk aktivitet i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010, s. 4). I lang tid har fysisk aktivitet vært et anerkjent og akseptert tiltak blant personer med alvorlige psykiske lidelser (Martinsen, 1995, s. 71), hvorav pasientene ofte anser fysisk aktivitet som en av de mest verdifulle komponentene i behandlingen (O'Kelly et al., 1998, s. 96). Til tross for dette indikerer en rekke forskningsevidens at mennesker med psykiske lidelser er mindre fysisk aktive sammenlignet med den generelle befolkningen (Carpiniello et al., 2013, s. 498; Daumit et al., 2005, s. 643; Ussher et al., 2007, s. 407). I en undersøkelse av norske pasienters erfaringer med døgnopphold fremkom det at flere pasienter ønsket mer fysisk aktivitet (Kjøllesdal et al., 2017, s. 24). I den forbindelse ga pasientene tilbakemeldinger om at de blant annet savnet aktivitetstilbudet som var i psykiatrien før, et ønske om mer organisert fysisk aktivitet og at de opplevde



at de var overlatt til seg selv hva gjaldt fysisk aktivitet og fysisk oppfølging. Pasientene oppga at utilstrekkelig bemanning og manglende initiativ hos personalet var årsaken til at det eksisterende aktivitetstilbudet var mangelfullt (Kjøllestad et al., 2017, s. 24). Ifølge Theologia et al. (2015, s. 18) opplever helsepersonell at fysisk aktivitet er et verdifullt ledd i et helhetlig behandlingstilbud, men at en rekke hindringer i arbeidssammenheng har resultert i at 75% av personalet ikke har benyttet fysisk aktivitet i behandlingen de siste seks månedene. Det er derfor nærliggende å tro at ansattes opplevelser av eksisterende barrierer kan være en utslagsgivende determinant for hvorvidt fysisk aktivitet blir implementert og etablert som et helhetlig behandlingstilbud innen psykisk helsevern. I den sammenheng er det nødvendig å videreutvikle kunnskap om både ansattes og pasienters meninger om, holdninger til og erfaringer med fysisk aktivitet som et behandlingstiltak ved psykiatriske enheter.

## **1.1 Bakgrunn**

Jeg har lenge interessert meg for feltet psykisk helse og rus, i tillegg har jeg alltid vært opptatt av fysisk aktivitet og helse. Jeg tok derfor kontakt med Rådet for psykisk helse i håp om å få mer kunnskap om de nåværende utfordringene på området. Jeg var så heldig å komme i kontakt med Werner Fredriksen, som var prosjektleder for «Den gode hjertebanken». Prosjektet er utarbeidet i samarbeid mellom Rådet for psykisk helse og Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon. Prosjektgruppen har undersøkt hvordan fysisk aktivitet tilbys i behandlingen av personer med rusproblemer og psykisk sykdom, med mål om å spre kunnskap om bruk av fysisk aktivitet i behandling for målgruppen (Rådet for psykisk helse & Fagrådet - rusfeltets hovedorganisasjon, 2017, s. 3).

Prosjektsamarbeidet, som startet opp i 2016 og ble avsluttet i 2018, ble finansiert med midler fra Helsedirektoratet som et FoU-prosjekt. Gjennom prosjektet har virkningen av fysisk aktivitet blitt tydeliggjort, og Rådet for psykisk helse jobber nå med å etablere fagnettverk i hele landet som benytter høyintensitetstrening som «medisin» i behandlingen. Likevel står spørsmålet om hvorfor så få benytter seg av fysisk aktivitet i behandlingen av mennesker med rusrelaterte- og psykiske lidelser ubesvart<sup>1</sup>. Formålet med denne oppgaven er derfor å innhente kunnskap ved å undersøke både pasienters og ansattes refleksjoner rundt fysisk aktivitet som behandlingstiltak ved

---

<sup>1</sup> Personlig meddelelse av prosjektleder Werner Fredriksen

distriktpsikiatriske sentre. I tillegg til å kartlegge nåværende utfordringer og muligheter knyttet til implementering av fysisk aktivitet på individ- og systemnivå.

## **1.2 Forskningsspørsmål**

Med dette som bakgrunn har jeg definert følgende forskningsspørsmål for prosjektet:

*1. Hvilke erfaringer har pasienter og ansatte ved distriktpsikiatriske sentre med fysisk aktivitet som behandlingstiltak?*

*2. Hvordan kan slike erfaringer, sett i lys av aktivitetsteori, gi kunnskap om muligheter og utfordringer knyttet til implementering av fysisk aktivitet på individ- og systemnivå?*

## **1.3 Studiens oppbygning og struktur**

Oppgaven er organisert i syv kapitler. I det første kapitlet har jeg gitt en introduksjon til studiens bakgrunn og formål. I det neste kapitlet skal jeg presentere eksisterende teori og kunnskapsstatus på området. I kapittel 3 vil jeg redegjøre for oppgavens teoretiske rammeverk. Deretter vil jeg redegjøre for oppgavens metodeverk og metodiske betraktninger i kapittel 4. Der vil det bli gitt en gjennomgang av anvendt fremgangsmåte fra planlegging til praktisk gjennomføring, samt en beskrivelse av analyseprosessen. I kapittel 5 presenterer jeg studiens resultater, før jeg diskuterer funnene opp mot det teoretiske rammeverket og forskningsevidens i kapittel 6. Kapittel 7 gir en avsluttende oppsummering av studiens funn gjennom formidling av resultatenes praktiske relevans, teoretiske betraktninger, styrker og svakheter, forslag til videre forskning og konklusjon.

## 2. Kontekstuell teori

I dette kapittelet vil eksisterende forskning på feltet bli presentert. Kapittelet starter derfor med en kort introduksjon til psykiske lidelser, for deretter å presentere ulike aspekter ved psykisk helsevern. Videre skal jeg presentere litteratur relatert til fysisk aktivitet, med en avsluttende oppsummering av nåværende kunnskapsstatus om fysisk aktivitet som en del av et helhetlig behandlingstilbud for mennesker med psykiske lidelser. Jeg har gjennomført flere systematiske litteratursøk i ulike databaser, eksempelvis «Web of Science», «Google Scholar» og «PubMed», og benyttet søkeord som «mental health», «mental illness», «mental disorders», «physical activity», «exercise», «physical training», «mental health care», «patients» og «staff».

### 2.1 *Psykiske lidelser*

Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker både tanker, følelser, oppfatninger og atferd, samt relasjoner til andre mennesker (World Health Organization, 2019b). Begrepet omfatter derfor alt fra mildere plager som forbigående og milde depresjoner til alvorlige tilstander som psykoselidelser, hvor symptomene er av en slik intensitet at de tilfredsstiller kriteriene i henhold til diagnosesystemene (Mykletun & Knudsen, 2009, s. 15).

#### 2.1.1 *Diagnosesystemer*

Psykiske lidelser klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske manualer som revideres kontinuerlig av et ekspertutvalg i overensstemmelse med oppdatert vitenskapelig evidens (First et al., 2017, s. 115). I vestlig psykiatri er det særlig to diagnosesystemer som har dominert og blitt implementert i helsevesenet (Ekeland, 2011, s. 23). Det ene diagnosesystemet, «*The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*» (ICD) er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (1999), hvorav American Psychiatric Association (2013) har utviklet den andre klassifiseringen kjent som «*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*» (DSM). Per dags dato er ICD-10 det offisielle systemet i Norge, mens i USA er det DSM-5 som benyttes. I tabell 2 har jeg forsøkt å fremstille en forenklet og oversiktlig versjon av de mest kjente og utbredte psykiske lidelsene i henhold til diagnosemanualen ICD-10.

Tabell 1. En forenklet oversikt av utvalgte psykiske lidelser i henhold til ICD-10. Klassifikasjonen er hentet fra kapittel V, omhandlende psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (World Health Organization, 2019a).

ICD-10 klassifikasjon	Eksempel på lidelser
(F20-F29) Schizofreni, schizotype lidelse og paranoide lidelser	Schizofreni og psykoselidelser
(F30-F39) Affektive lidelser og stemningslidelser	Bipolar lidelse og depresjon
(F40-F48) Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	Angstlidelser, tvangslidelser og posttraumatisk stresslidelse (PTSD)
(F50-F59) Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser	Spiseforstyrrelser og søvnlidelser
(F60-F69) Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	Personlighetsforstyrrelser

### 2.1.2 Konsekvenser

For det enkelte mennesket medfører psykiske lidelser en rekke konsekvenser. Eksempelvis kan psykiske lidelser føre til negative konsekvenser på livsområder som utdanning, inntekt, arbeidsliv, familieliv, personlige relasjoner, sosial deltakelse, livskvalitet og funksjonsevne (Huseby et al., 2015, s. 16; Mykletun & Knudsen, 2009, s. 29), i tillegg til sykemeldinger, uførepensjon og økt dødelighet (Prop. 1 S (2012-2013), s. 187). Overdødeligheten opptrer i alle psykiatriske diagnosegrupper, men er høyest for mennesker med rusmiddelavhengighet og personlighetsforstyrrelser og lavest hos de med affektive lidelser (Nordentoft et al., 2013, s. 3). Overdødeligheten kan i hovedsak tilskrives selvmord, ulykker, overdoser, sammen med medisinske tilstander og sykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdommer og kreft (Nordentoft et al., 2013, s. 6). De samfunnsmessige konsekvensene av psykiske lidelser er også store, hvorav psykiske lidelser anslagsvis vil koste det norske samfunn 70 milliarder kroner per år (Prop. 1 S (2012-2013), s. 187). Kostnadene omfatter både direkte utgifter til behandling, men også indirekte kostnader grunnet tidlig død, frafall fra arbeidslivet, uføretrygd og sosialutgifter hos mennesker med psykiske lidelser (Huseby et al., 2015, s. 15-16).

### 2.1.3 Tradisjonell behandling

Tradisjonell behandling for psykiske lidelser foregår i hovedsak gjennom samtaleterapi som psykoterapi, psykoanalyse og kognitive atferdsterapier, i tillegg til medikamentell

behandling gjennom psykofarmaka (Hagen & Kennair, 2016, s. 30-31; Skårderud et al., 2018, s. 241). Kognitiv atferdsterapi er den terapiformen som har vært mest omtalt i forskningslitteraturen, og derav den best dokumenterte behandlingsformen for flere psykiske lidelser (Hagen & Kennair, 2016, s. 32). Den siste tiden har en tredjegerasjon av kognitiv atferdsterapi fått fotfeste i behandlingen, hvor aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) er sentral i norsk klinisk sammenheng, og blir i økende grad benyttet i behandlingen av psykiske lidelser (Hagen & Kennair, 2016, s. 32; Orm & Løkke, 2020, s. 17). Ifølge Harris (2013, s. 18) handler ACT om å identifisere ens kjerneverdier som skal styre, stimulere, forplikte og motivere den enkelte til atferdsendring. ACT består av seks terapeutiske kjerneprosesser som kan samles til tre hovedelementer (Harris, 2013, s. 26-29). Det første aspektet omhandler tilstedeværelse i nået, hvor målet er å være mentalt til stede gjennom ens opplevelser her og nå. Det andre elementet retter oppmerksomhet mot det å akseptere og gi rom for smertefulle følelser og emosjoner og samtidig distansere seg fra disse tankene, også kjent som kognitiv defusjonering (Harris, 2013, s. 26-29). Det siste aspektet omhandler å ta i bruk verdier og forpliktende handlinger for å tilrettelegge for livsberikende opplevelser og atferdsendringer. Disse tre hovedelementene skal til sammen føre til det primære målet om å oppnå psykologisk fleksibilitet (Harris, 2013, s. 26-29). Psykologisk fleksibilitet kjennetegnes som en tilstand av økt livskvalitet og en opplevelse av mening, som oppnås gjennom full bevissthet, evne til å åpne opp for egne følelser, og handle i tråd med egne verdier til tross for opplevde utfordringer (Harris, 2013, s. 29). I likhet med ACT, retter også behandlingstilnærminger som empowerment, recovery og motiverende intervju fokus mot individrettet mobilisering av indre styrker, ressurser og motivasjon for endring, med formål om å skape et helhetlig perspektiv relatert til pasientens tilfriskning (Askheim, 2012, s. 35; Helsedirektoratet, 2012, s. 59; Nymoen, 2020, s. 38; Storm, 2009, s. 22).

## **2.2 Psykisk helsevern**

Psykisk helsevern defineres jf. §1-2 i Psykisk helsevernloven (2020) som *«spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, med den pleie og omsorg dette krever»*. I 2019 ble tjenestene innen psykisk helsevern organisert som pakkeforløp, med formål om å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2018, s. 3).

### **2.2.1 Historisk utvikling i psykisk helsevern**

I Norge og andre vestlige land har tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser endret seg betydelig de siste 50 årene (Huseby et al., 2015, s. 8). Et komplisert samspill mellom skifte av ideologiske endringer, økonomi, nye behandlingsmetoder, forskning og faglige endringer har resultert i en sterk deinstitusjonalisering med utvikling av alternative og mer lokalsamfunnsbaserte tjenester (Ekeland, 2011, s. 9; Huseby et al., 2015, s. 8-9). I St.meld. nr. 25 (s. 73) ble det påpekt store mangler innen psykisk helsevern og dermed behov for omfattende styrking og omstrukturering av organisasjonen. Stortingsmeldingen dannet bakgrunn for Opptappingsplanen for psykisk helse (St. Prp. Nr. 63, 1997-1998), som hadde som formål å bygge ut desentraliserte spesialisthelsetjenester gjennom etablering av DPS, samt en generell omlegging fra døgn- og institusjonsbehandling til større innslag av polikliniske og ambulante tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997-1998). En rapport gjennomført av Helsedirektoratet (2019a, s. 1) viser at antall døgnplasser per innbygger har blitt redusert med 55% i perioden fra 1998 til 2019, hvorav nedgangen var på 12% i tidsrommet 2015-2019.

I tillegg til å sette inn ressurser på makrososiale forhold, rettet også Opptappingsplanens språkbruk fokus mot et perspektivskifte fra ekskludering til integrering av mennesker med psykiske lidelser (Ekeland, 2011, s. 9-10). I en historisk kontekst har psykiatriske pasienter vært utsatt for stigmatisering, utstøting og segregering (Ekeland, 2011, s. 9). Opptappingsplanen hadde dermed som formål å bidra til medborgerskap, deltakelse og integrering i samfunnet for personer med psykiske lidelser, med vekt på den enkeltes pasient ønsker, interesser, evner og behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997-1998). Et slikt perspektivskifte fra hovedvekt på selve lidelsen til fokus på menneskene bak sykdommen og deres livssituasjon, innebærer at pasientgruppen i betydelig større grad skal forstås og imøtekommes som subjekter og aktører (Ekeland, 2011, s. 10). Det betyr at både brukere og pårørende skal inkluderes i beslutning- og behandlingsprosesser, i tillegg fordrer det at det utvises sensitivitet for den enkelte pasient sin fortolkning av egen situasjon (Ekeland, 2011, s. 10-11). Dette begrunnes med at pasientene selv vet best hvor skoen trykker (Karlsson & Borg, 2013, s. 66; Willumsen, 2005, s. 29). En slik omlegging jamført opptappingsplanens idé byr ikke bare på organisatoriske utfordringer, men krever også utvikling av relevant kunnskap og arbeidsmetodikk med pasienten i sentrum (Ekeland,

2011, s. 10-11). Til tross for utviklingsarbeidet relatert til medbestemmelse og involvering av pasienter, opplever flere ansatte at manglende tid og økt arbeidsmengde gjør at brukermedvirkning blir nedprioritert i arbeidshverdagen (Jenssen, 2009, s. 191). I den forbindelse påpeker Vike (2004, s. 78) at en kombinasjon av økonomiske innstramminger, økende politiske ambisjoner, desentralisering med flere ansvarsoppgaver og sterkere brukerrettigheter historisk sett har ført til at de ansatte står ansvarlige for illegitime prioriteringer.

### **2.2.2 Distriktpsikiatriske sentre**

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) er faglig selvstendige enheter som skal dekke behov for utredning, behandling og akutt helsehjelp innen psykisk helsevern i et gitt geografisk område (Helsedirektoratet, 2014b, s. 2; Meld. St. 7 (2019-2020), s. 56). Den faglige og organisatoriske kvaliteten ved ulike DPS avhenger av de regionale og lokale helseforetakenes totale ressurstilgang vedrørende finansiering, fysiske lokaliteter, fagfolk og politisk prioriteringsvilje (Karlsson & Borg, 2013, s. 125-126). I 2018 var det 77 DPS spredt utover landet (Sjetne et al., 2019, s. 6). En av kjerneoppgavene til de desentraliserte spesialisthelsetjenestene er å gi differensiert behandling i form av polikliniske undersøkelser, ambulant behandling, strukturert dagbehandling og døgnbehandling over tid (Helsetilsynet, 2010, s. 7). Strukturert poliklinisk dagtilbud (refereres heretter til kun dagbehandling) er et tjenestetilbud som skiller seg ut, både innholdsmessig og med hensyn til ressursinnsats, fra andre polikliniske tilbud og gruppebehandlinger (Helsedirektoratet, 2020, s. 70). Døgnbehandling derimot, er et sammensatt tilbud til pasienter som er innlagt på DPS (Helsedirektoratet, 2016, s. 12). Det er sentralt å understreke at de institusjonelle rammene ved døgntilbud er annerledes enn på dagavdelinger. Først og fremst foregår innleggelse på døgnbehandling enten gjennom planlagt innleggelse, akutt hjelp eller på tvangsgrunnlag, i motsetning til dagtilbudet som består av frivillig og planlagt deltakelse. Videre er det ulik finansiering på de respektive enhetene, i tillegg er det en mer omfattende individuell behandlingsplan på døgn, i motsetning til dagbehandling som i hovedsak er etablert som gruppebasert tilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 29).

### **2.2.3 Sentrale lover og forskrifter**

Spesialisthelsetjenestelovens (2021) hovedformål er jf. §1-1 å fremme folkehelsen, motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, sikre kvalitet og likeverdige

tjenestetilbud, utnytte ressursene best mulig og bidra til at tjenestetilbudet er tilgjengelig og tilpasset pasientene og deres behov. Ifølge § 4-2 i Psykisk helsevernloven (2020) har pasienter krav på at forholdene tilrettelegges for at de får delta i utformingen av institusjonens daglige liv, kunne dyrke sine private interesser og hobbyer, ha tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene og ha anledning til daglige uteaktiviteter. Videre skal institusjonen tilrettelegge for et koordinert samarbeid med andre tjenesteytere og aktører for å sikre et helhetlig behandlingstilbud (Psykisk helsevernloven, 2020). Det poengteres i §9-13 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2020) at det er regionalt helseforetak som innehar ansvaret for at spesialisthelsetjenesten har nødvendig kompetanse og bemanning. Vedrørende kvalitet og pasientsikkerhet er det en målrettet satsing om å tilby tjenester som er virkningsfulle og trygge, som involverer brukere og hvor ressursene blir utnyttet på en god måte (Meld. St. 9 (2019-2020), s. 5). Dette fremkommer også i §1-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven (2021), hvor befolkningen skal ha tilgang til helsetjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter i helse- og omsorgstjenester. En slik involvering av pasienter og brukere skal sørge for å fremme tillitsforhold, samt ivareta respekten for den enkelte pasient sitt liv, frihet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021).

#### **2.2.4 Finansieringsordninger**

Dagens finansiering innen spesialisthelsetjenesten er preget av kompliserte ordninger som i hovedsak er todelt (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 151). Den todelte ordningen består av en aktivitetsuavhengig del og en aktivitetsavhengig del. Finansieringen ved døgntilbud innen psykisk helsevern foregår gjennom rammefinansiering, hvor det gis en fast basisbevilgning uavhengig av antall pasienter og anvendt behandlingsmetode (Helsedirektoratet, 2015, s. 10). Basisbevilgningen bestemmes blant annet av antall innbyggere i den aktuelle helseregionen, dens alderssammensetning, kostnadsdata og ulike sosioøkonomiske kriterier, og dermed forutsetter ikke rammeordningens størrelse en kobling mellom aktivitet og bevilgning (Helsedirektoratet, 2015, s. 9).

Finansieringen av polikliniske tilbud derimot, foregår gjennom innsatsstyrt finansiering som er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetakene gjennom statsbudsjettet (Helsedirektoratet, 2020, s. 13). En slik finansieringsordning med fastsatte krav til aktivitet kan motvirke passivitet, fremme kostnadseffektiv pasientbehandling, bidra til legitimitet til velferdsordningene, og understøtte ønsket



prioritering og faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020, s. 13; Meld. St. 33 (2015-2016), s. 45).

### **2.2.5 utfordringer innen psykisk helsevern**

Dagens helsevesen er hovedsakelig kunnskapsbasert, hvor spredning av fagkunnskap er avgjørende for riktig og tilstrekkelig behandling av pasienter (Lin et al., 2008, s. 331). Medisinsk ekspertise må ifølge Engeström og Pyörälä (2021, s. 7) likevel utvides og utvikles slik at det imøtekommer utfordringene i dagens samfunn. I den nasjonale helse- og sykehusplanen 2020-2023 fremkommer det at Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt en rekke henvendelser og innspill fra både pasienter, helsepersonell, kommuner, helseforetak, etater og forskere om nåværende utfordringer innen psykisk helsevern (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 57). Det er blant annet etterspørsel av økt kunnskap om hvordan tjenestene bør organiseres, da det er store forskjeller i behandlingstilbudet mellom regioner og helseforetak, eksempelvis utbygging av tjenestene ved DPSene (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 57). Videre er det behov for å innhente mer kunnskap om hva som fungerer og hvilken nytte pasientene har av behandlingen. Det trekkes blant annet frem utfordringer som manglende involvering av pasienter og pårørende i behandling og utvikling av tjenestene, utilgjengelige og utdaterte faglige retningslinjer for brukere og helsepersonell og lang tid brukt på implementering av nye arbeidsformer og metoder i tjenestene (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 57).

Videre påpekes det behov for bedre samhandling mellom de ulike aktørene (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 57). Det er rapportert om manglende samhandling innad i spesialisthelsetjenesten, mellom spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester, og det er svikt i overgangene mellom de ulike aktørene, hvor aktørene ikke har nok kunnskap om hverandres kompetanse og tilbud (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 57). I en rapport gjennomført av Lone et al. (2019, s. 13) fremkom det at hemmende faktorer for samhandling og tverrfaglig samarbeid i hovedsak skyldtes manglende forståelse for mål, uklare ansvars- og rollefordelinger, mangelfull opplæring, lav prioritering av samarbeid hos ledelsen og ulike yrkesrelaterte kulturer. Mangelfullt tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid vil ifølge Helsedirektoratet (2019c, s. 9) hindre helhetlig oppfølging på tvers av tjenester, svekke informasjonsformidling, og bidra til vanskeligheter med å etablere sammenhengende tjenester og tilbud. Stadig mer komplekse problemstillinger i

helsesektoren har også resultert i økt behov for samarbeid på tvers av profesjoner (Kennedy & Stewart, 2011, s. 209). Tverrfaglig samarbeid gir utslag både i form av en positiv innflytelse på pasientomsorgen (Way et al., 2000, s. 3), opplevelse av personlig prestasjon (Hall, 2005, s. 1944), fremme positive holdninger mellom yrkesprofesjonene (McCallin, 2001, s. 420) og gi bedre arbeidsmiljø innad i kollegiet (Liedtka et al., 1998, s. 185). Til tross for fordelene ved tverrfaglig samarbeid kan det se ut som det er vanskelig å etablere dette i praksis. Dette kan ifølge Hall (2005, s. 188) skyldes at ulike profesjonsutdanninger har tilegnet seg ulike ferdigheter, kunnskaper, holdninger, verdier og atferd som til sammen danner grunnlag for en ulik yrkesrelatert identitet og kultur. Ulik yrkeskultur påvirker samhandlingen mellom de ulike profesjonene og utgjør en utfordring for det daglige tverrprofesjonelle samarbeidet (Hall, 2005, s. 188).

Avslutningsvis er det rapportert om manglende rutiner og systematikk for somatiske undersøkelser og behandling hos personer med psykiske lidelser (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 57). Dette ble også påpekt under Helsetilsynets (2019, s. 11-12) landsomfattende tilsyn i 2017-2018, hvor det fremgår at over halvparten av DPSene hadde mangelfull kartlegging og utredning av pasienters somatiske helsetilstand. Funnene tydeliggjør mangel på etablert praksis for kartlegging, dokumentasjon og oppfølging av somatisk helsetilstand i mange kommuner. Slike variasjoner i praksis som ikke er klinisk begrunnet viser tegn på mangelfull styring fra ledelsen, som i neste ledd vil ramme pasientene og deres krav på helhetlige tjenestetilbud (Helsetilsynet, 2019, s. 14). I tillegg forklarer Norvoll (2002, s. 30) at helsepersonell kan løse utilstrekkelig organisatoriske forhold ved å skyve problemene til pasientene, fremfor å ta de opp med ledelsen. For å imøtekomme en slik avmakt, må de ansatte øke forståelsen for hvordan personlige verdier og holdninger former ens praksis (Restall et al., 2003, s. 105), i tillegg til at ledelsen må tilrettelegge for myndiggjøring av personalet gjennom delt makt med sine underordnede (Vecchio et al., 2010, s. 531). Sistnevnte anmodning kan igjen forbedre ansattes holdninger og atferd i arbeidssammenheng (Seibert et al., 2011, s. 955).

Med bakgrunn i de adresserte utfordringene har det blitt utarbeidet tre hovedtiltak for å videreutvikle psykiske helsetjenester og støtte ambisjonene for pakkeforløpene som er en stor kvalitetsreform for pasientene og deres tjenester (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 54) Disse tiltakene omhandler avklaring av kapasitetsbehov og organisering, prioritering av

kvalitet og fagutvikling og videreutvikling av tjenestene basert på bedre samarbeid, arbeidsfordeling og bruk av teknologi. I tillegg etterstrebes det å styrke brukermedvirkning og kunnskap om brukeropplevelser, øke kunnskap om variasjon, anbefalt behandling og utfall av behandling, raskere innføring av nye metoder og mer teambaserte arbeidsformer (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 59-65). Sintef har i den forbindelse fått i oppdrag å evaluere innføringen av pakkeforløpet gjennom en rapport om fagfolk sine erfaringer fra første året etter oppstart (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 58). I rapporten, gjennomført av Ådnanes et al. (2020, s. 57), fremkom det at 88% av deltakerne opplevde at pakkeforløpene har ført til økt tidspress i behandlingssystemet. I den sammenheng fremkommer det av Meld. St. 7 (2019-2020, s. 58) at det vil ta tid før pakkeforløpene vil få en merkbar effekt, og det er viktig å få tilbakemeldinger fra pasienter og ansatte innen psykisk helsevern for å evaluere, justere og utvikle pakkeforløpene i fremtiden.

### **2.3 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet er et mye brukt, men ikke særlig veldefinert begrep (Moe, 1998, s. 80). Fysisk aktivitet omfatter en rekke terminologier, og kan dermed sies å være et «paraplybegrep» (Nerhus et al., 2011, s. 151). Siden definisjonen blir tillagt forskjellige betydninger og forståelser i forskningspraksis, gir det også utfordringer knyttet til sammenligning av resultater mellom ulike studier (Nerhus et al., 2011, s. 149). I internasjonal forskningslitteratur blir fysisk aktivitet ofte definert som «*enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk*» (Caspersen et al., 1985, s. 129). Denne definisjonen, som inkluderer aktiviteter som dans, friluftsliv, aktiv transport, fritidsaktiviteter, hagearbeid, husarbeid, idrett og målrettet trening (Edwards & Tsouros, 2006, s. 3), vil være gjeldende også i denne oppgavens kontekst. Fysisk aktivitet er et begrep som ofte blir benyttet synonymt med trening (Nerhus et al., 2011, s. 149). Trening er en underkategori av fysisk aktivitet, og skiller seg fra fysisk aktivitet da aktiviteten er «*planlagt, strukturert og repetitiv i den hensikt å forbedre eller opprettholde én eller flere komponenter av den fysiske formen*» (Caspersen et al., 1985, s. 129). Denne studien vil anvende begrepet fysisk aktivitet, men i enkelte sammenhenger vil treningsbegrepet bli belyst.

### 2.3.1 Anbefalinger for fysisk aktivitet

I 2014 publiserte Helsedirektoratet nye, nasjonale råd om fysisk aktivitet for den generelle befolkningen. Anbefalingen fra Helsedirektoratet (2019b) er at voksne og eldre er fysisk aktive i minimum 150 minutter med moderat intensitet i uken, eller 75 minutter med høy intensitet per uke. Til tross for rådene fremkommer det at kun én av tre personer oppfyller de nasjonale minimumsanbefalingene i en kartlegging av objektivt registrert fysisk aktivitet (Hansen et al., 2015, s. 30). Helsedirektoratet (2019a) påpeker videre at en ytterligere helsegevinst vil oppnås ved å doble aktivitetstiden som følger av anbefalingene. Det foreligger dermed et *dose-responsforhold* mellom mengden fysisk aktivitet som utøves og den oppnådde helsegevinsten av aktiviteten, hvor et høyere aktivitetsnivå gir større helsemessige effekter, og motsatt (figur 1).



Figur 1. Illustrasjon av dose-responsforholdet mellom fysisk aktivitet og oppnådd helsegevinst. Figur er hentet fra Helsedirektoratet (2019a).

Dose-responsammenhengen er et omtalt begrep innen medisin, hvor det er grunnleggende å beskrive virkningen av et legemiddel. Et slikt forhold er nyttig for å måle helseutbytte ved et gitt aktivitetsnivå, men det tar ikke hensyn til subjektive opplevelser og andre verdifulle variabler ved fysisk aktivitet for individet. Et problem med den terapeutiske bruken av fysisk aktivitet er dermed den manglende oppmerksomheten menings- og opplevelsesaspektet har fått i litteraturen. Martinsen (2018b, s. 37) påpeker at selve betydningen av rammene omkring fysisk aktivitet i mindre grad har blitt undersøkt. Begrepet fysisk aktivitet i seg selv antyder at det kun dreier seg om kroppens fysiologi og i liten grad kroppens opplevelser (Stoknes, 1998, s. 46). Det har blitt fremstilt en rekke hypoteser i forsøk på å forklare virkningsmekanismene for fysisk aktivitet sin påvirkning på mentale tilstander og

lidelser. Frem til i dag har foreslåtte virkningsmekanismer omfattet nevrobiologiske- (Deslandes et al., 2009, s. 195), antropologiske- (Åstrand et al., 2003, s. 7), temperatur- (Petruzzello et al., 1993, s. 69), biokjemiske- (Hoffmann, 1997, s. 171), fenomenologiske (Merleau-Ponty, 1994, s. 13) og psykologiske hypoteser (Eyre et al., 2013, s. 5). Majoriteten av disse hypotesene omhandler kroppens fysiologi, hvor det kun er de to sistnevnte hypotesene som respektivt omtaler viktigheten av kroppserfaringer og sanser (Merleau-Ponty, 1994, s. 13), samt mestring og distraksjon (Nolen-Hoeksema et al., 2008, s. 405). Likevel er det ingen virkningsmekanismer eller hypoteser som i sin helhet ser på meningsaspektet ved fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser.

### **2.3.2 Meningsaspektet ved fysisk aktivitet**

En reviewstudie gjennomført av Alexandratos med kollegaer (2012, s. 57) fant at fysisk aktivitet kan bidra til økt livskvalitet hos mennesker med psykiske lidelser gjennom meningsfull bruk av tiden, reduksjon av sosial isolasjon og målrettet aktivitet. En kvalitativ studie av pasienter, ansatte og ledere ved en psykiatrisk institusjon i Norge rapporterte at mennesker med psykiske lidelser ser på fysisk aktivitet som en kjærkommen mulighet til å gjøre noe annet enn de daglige rutinene på avdelingen (Sørensen et al., 2020, s. 6). Pasientene opplevde at fysisk aktivitet var en positiv del av behandlingen, og beskrev både fysiske, mentale og sosiale effekter som følge av deltakelse i fysisk aktivitet (Sørensen et al., 2020, s. 5). Disse positive effektene omhandlet forbedret fysisk form, økt velvære, færre opplevde symptomer fra lidelsen og tilfredshet, samt relasjonsbygging og sosial interaksjon med pasienter og ansatte utenfor avdelingen (Sørensen et al., 2020, s. 4-8). Andre studier har også rapportert om at mennesker med psykiske lidelser opplever fysiske, psykiske og sosiale effekter av fysisk aktivitet. Fysiske virkninger som belyses i forskningslitteraturen for mennesker med psykiske lidelser er blant annet økt kondisjon, styrke, fleksibilitet og energioverskudd, i tillegg til en opplevelse av bedre helse, fysisk form og kapasitet (Bassilios et al., 2014, s. 74; Fogarty & Happell, 2005, s. 348; Hodgson et al., 2011, s. 26). Ifølge Danielsen (2021, s. 34) er det likevel de psykiske effektene som dominerer hos pasientgruppen. En rekke forskningsevidens rapporterer om at fysisk aktivitet bidrar til at mennesker med psykiske lidelser opplever å håndtere lidelsen sin bedre, og at de mentale symptomene blir positivt påvirket (Hodgson et al., 2011, s. 25; Mason & Holt, 2012, s. 281; Rastad et al., 2014, s. 1472). I studien til Proudfoot et al. (2012, s. 8), om såkalt likemannsarbeid, fremkom det at fysisk aktivitet bidrar til positive sosiale

effekter, da pasientene blir introdusert for alternative mestrings- og håndteringsstrategier for sykdom, oppnår emosjonell og sosial støtte og opplever håp om bedring. Det kan likevel se ut til at pasientenes opplevelser av fysisk aktivitet avhenger av personlige preferanser relatert til aktivitetens form, organisering og innhold (Sørensen et al., 2020, s. 7). I den forbindelse antyder forskningslitteraturen at økt motivasjon for fysisk aktivitet kan forekomme dersom aktivitetene tilpasses pasientenes ønsker, interesser og preferanser (Farholm et al., 2017, s. 9; Vancampfort et al., 2013, s. 815-816). En annen dominerende motivasjonsfaktor for fysisk aktivitet er støtte fra helsepersonell (Hodgson et al., 2011, s. 28). Et interessant funn i studien til Hodgson og medforfattere (2011, s. 28) er likevel at det gradvis fremkom at den primære motivasjonsfaktoren for fysisk aktivitet var pasientens iboende ressurser og evner. Slike funn understøttes av Moe (2018, s. 155), som presiserer at støtte fra fagpersoner kan resultere i en indre drivkraft og motivasjon for fysisk aktivitet. Det fremkommer av Almvik og Borge (2006, s. 67) at pasienter innen psykisk helsevern også ønsker å bli møtt med en ressursorientert holdning hvor fokuset er rettet mot personens interesser, erfaringer og kompetanse, fremfor ens svakheter, mangler og problemer.

### **2.3.3 Barrierer ved fysisk aktivitet**

Selv om forskningsevidens indikerer at fysisk aktivitet gir mange gunstige helseeffekter for mennesker med psykiske lidelser, er det likevel flere utfordringer ved tilrettelegging for fysisk aktivitet hos målgruppen (Ussher et al., 2007, s. 407). I en tverrsnittstudie gjennomført av Ussher og medarbeidere (2007, s. 405) ble interessen for fysisk aktivitet hos 120 psykiatriske pasienter i Storbritannia undersøkt. Deltakerne ble spurt om personlige preferanser for fysisk aktivitet, betydningsfulle hjelpemidler, opplevde barrierer og andre psykososiale faktorer relatert til aktivitetsdeltakelse (Ussher et al., 2007, s. 406). Majoriteten av pasientene opplevde at fysisk aktivitet var et betydningsfullt bidrag for både fysisk og psykisk helse, men opplevde at barrierer relatert til utmattelse og sykdomssymptomer gjorde det utfordrende å delta i aktivitetsopplegget (Ussher et al., 2007, s. 407). En kasus-kontrollstudie fra Italia som inkluderte 139 psykiatriske pasienter og 138 studenter, fant at gruppen med psykiatriske pasienter hadde lavere nivåer av fysisk aktivitet sammenlignet med kontrollgruppen (Carpiniello et al., 2013, s. 498). I den sammenheng påpekte Carpiniello og medforskere (2013, s. 498-499) at rapporterte barrierer kan begrense regelmessig fysisk aktivitet. Barrierene inkluderte direkte og indirekte sykdomsrelaterte utfordringer som tretthet,

manglende motivasjon og interesse og dårlig humør, hvor disse generelle manifestasjonene av sykdomssymptomer var uavhengig av psykiatrisk diagnose (Carpiniello et al., 2013, s. 499). En kvalitativ studie gjennomført av Hodgson et al. (2011, s. 26) fant at de største barrierene for deltakelse i fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser var konsekvenser av den psykiske lidelsen og bivirkninger av medisiner, sammen med transport- og kostnadsutfordringer. Det kan dermed virke som at pasienter med psykiske lidelser har positive holdninger til fysisk aktivitet som et behandlingstiltak, men at ulike utfordringer hindrer målgruppen fra å gjennomføre og delta på aktiviteter.

#### **2.3.4 Fysisk aktivitet innen psykisk helsevern**

Spesialisthelsetjenesten er daglig i kontakt med et flertall mennesker som har helseutfordringer relatert til manglende fysisk aktivitet innen psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2014a, s. 78). Anbefalinger om fysisk aktivitet bør ifølge Helsedirektoratet (2014a, s. 78) derfor være en naturlig del av behandlingsforløpet. Tommessen med kollegaer (2005, s. 3297) påpeker likevel at fysisk aktivitet i liten grad er vektlagt som et helhetlig behandlingstilbud ved psykiatriske institusjoner. Fysisk aktivitet som behandlingstiltak, til sammenligning med tradisjonell behandling, krever en annen organisering, hvorav personlig involvering og motivering står sentralt (Helgerud & Eithun, 2010, s. 4). En sentral forutsetning for å lykkes med implementering av fysisk aktivitet i avdelingens hverdag er ifølge Moe (2018, s. 165) at organisering og tilrettelegging av aktivitetstilbudet er forankret i ledelsen. I studien til Sørensen med kollegaer (2020, s. 9) fremkom det at ledergruppen ønsket mer fysisk aktivitet for pasientene, men at fysisk aktivitet likevel ble nedprioritert grunnet stram budsjettering, en hektisk arbeidshverdag og kompliserte turnusplaner. For å etablere et velorganisert aktivitetstilbud for personer med psykiske lidelser må dermed ledelsen legge forholdene til rette gjennom fordeling av ressurser og avsatt tid til planlegging og gjennomføring, samt være pågangsdrivere for å opprettholde motivasjon og engasjement hos personalet (Helsedirektoratet, 2010, s. 6). Svensson med kollegaer (2006, s. 14) påpeker også ledelsens ansvar for å sikre tilgjengelig utstyr og midler til undervisning og videreutdanning, samt synliggjøring av fysisk aktivitet gjennom pasientjournaler, ukeplaner, behandlingsplaner og på personalmøter. I tillegg må ledelsen og personalgruppen tilrettelegge for at behandlingssamtaler ikke faller på samme tidspunkt som treningstiden (Moe, 2018, s. 165). Det er derfor sentralt at fysisk

aktivitet blir en obligatorisk del av behandlingsopplegget, og på den måten blir etablert i avdelingens faste rutiner. Videre understreker Moe (2018, s. 166) viktigheten av å ha tilgjengelige fasiliteter og et godt treningstilbud tilpasset deltakernes behov, ønsker og funksjonsnivå. Forskningsevidens antyder at valgt aktivitetsform ikke er avgjørende for positive effekter av fysisk aktivitet, men snarere hvordan den organiseres og presenteres (Carless & Douglas, 2012, s. 170). En studie gjennomført på 20 ulike psykiatriske poster i Norge fant at rutiner, struktur og enighet i personalgruppen vedrørende prioriterte satsningsområder er en avgjørende forutsetning for hvorvidt implementeringen vil lykkes eller ikke (Tommessen et al., 2005, s. 3297). I den forbindelse påpeker Flottorp og Aakhus (2013, s. 191) at en effektiv implementeringsstrategi er å «skreddersy» tiltakene til den aktuelle konteksten gjennom å avdekke hemmende og fremmende faktorer ved eksisterende praksis.

### **2.3.5 Ansattes rolle ved fysisk aktivitet**

Forskningsevidens tilsier at ansatte ved psykiatriske institusjoner har betydningsfulle roller for å fremme bruk av fysisk aktivitet som en del av en helhetlig behandlingstilnærming for mennesker med psykiske lidelser (Happell et al., 2013, s. 399; Robson & Haddad, 2012, s. 79; Scott & Happell, 2011, s. 595; Soundy et al., 2014, s. 695; Theologia et al., 2015, s. 20). Meningen med fysisk aktivitet avhenger av den sosiale og emosjonelle rammen som kroppens bevegelse foregår i, og denne skapes igjen av terapeutenes forhold til aktiviteten (Stoknes, 1998, s. 47). Dette understøttes av Moe (2018, s. 157) som presiserer at personalets holdninger påvirker og smitter over til pasientene. Mennesker med psykiske lidelser har også identifisert helsepersonell som en sentral faktor for støtte og påvirkning til å opprettholde motivasjonen og overkomme barrierer for fysisk aktivitet (Firth et al., 2016, s. 2872). En studie gjennomført av Borge med kollegaer (1999, s. 4) fant at 76% av langtidspasienter på norske psykiatriske sykehus anså de ansatte som de viktigste personene i deres sosiale nettverk. Over halvparten av pasientene i studien til Ussher et al. (2007, s. 407) oppga at de ville ha økt sitt aktivitetsnivå dersom de fikk støtte og anbefalinger fra instruktører eller helsepersonell. Ifølge Sørensen og medarbeidere (2020, s. 8) er det viktig å ha ansatte med fysisk aktivitet som hovedansvar, og som har tilstrekkelig kompetanse og utdanning for å gjennomføre aktivitetene. Dette understøttes av Richardson og kollegaer (2005, s. 327) som presiserer at entusiastiske, støttende og kunnskapsrike aktivitetsledere er like viktig som selve aktiviteten. I den nasjonale veilederen «Sammen



om mestring» blir fysioterapeuter trukket frem som en verdifull kunnskapskilde knyttet til tilpasset fysisk aktivitet ved nedsatt fysisk og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2014c, s. 44). I tillegg er det avgjørende å ha en eller flere ildsjeler i personalgruppen som har et brennende engasjement for fysisk aktivitet (Moe, 2018, s. 166). Det er nødvendig med 2-3 engasjerte nøkkelpersoner for å drive prosjektet fremover, se nye muligheter og fortsette med fysisk aktivitet, selv de dagene det er hektisk med en rekke arbeidsoppgaver på agendaen (Svensson et al., 2006, s. 14). Likevel er det viktig at aktivitetsavviklingen ikke står og faller på enkeltpersoner, men at kollegiet som helhet deler et felles ansvar for organisering og gjennomføring av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010, s. 6). Ifølge Moe (2018, s. 166) vil et slikt samarbeid med en god arbeidsfordeling også redusere risikoen for at ildsjelene brenner ut.

### **2.3.6 Ansattes refleksjoner av fysisk aktivitet**

I studien til Sørensen med kollegaer (2020, s. 4) fremkommer det at personalet opplevde fysisk aktivitet som et verdifullt ledd i et helhetlig behandlingstilbud. Til tross for at de ansatte vektla flere positive virkninger på fysisk og psykisk helse hos pasientgruppen, erkjente personalet at fysisk aktivitet ofte ble nedprioritert grunnet konflikt eller konkurranse med andre behandlingstilnæringer (Sørensen et al., 2020, s. 4-5). I den sammenheng belyste personalet at de anså de tradisjonelle behandlingsmetodene, som medisiner og psykoterapi, som deres primære ansvar. Personalet påpekte derfor et behov for støtte og hjelp fra eksterne aktivitetsinstruktører eller enkeltpersoner i personalgruppen med fysisk aktivitet som hovedansvar (Sørensen et al., 2020, s. 9). I en studie gjennomført av Theologia et al. (2015, s. 18), som inkluderte 173 fagpersoner innen psykisk helse, var de hyppigst rapporterte hindringene for å fremme fysisk aktivitet i en yrkessammenheng mangel på kvalifisert personal, manglende kunnskap om planlegging, utstyrskostnader, mangel på motivasjon hos ansatte og pasienter, fravær av personlig interesse, tidspress og personlig nedsatt fysisk form. I denne sammenheng er det interessant å påpeke at Happell og medforskere (2011, s. 315) rapporterte at manglende gjennomføring av fysisk aktivitet kunne tilskrives utilstrekkelig kunnskap og utdanning hos personalet, fremfor helsepersonell sine negative holdninger til fysisk aktivitet. I en spørreundersøkelse av 151 fysioterapeuter fremkom det at de hyppigst rapporterte situasjonelle faktorene var begrensede muligheter for gjennomføring av fysisk aktivitet på døgnavdelinger og manglende prioritering av fysisk aktivitet av andre ansatte i kollegiet (Soundy et al., 2014, s. 695).

## **2.4 Oppsummering av kontekstuell teori**

Litteraturgjennomgangen viser at både pasienter og ansatte innen psykisk helsevern anser fysisk aktivitet som et verdifullt ledd i behandlingen. Likevel har det blitt adressert en rekke utfordringer relatert til implementering og gjennomføring av fysisk aktivitet innen psykisk helsevern, både på individ- og systemnivå. Det kan dermed tyde på at det er hensiktsmessig med en ny tilnærming vedørende implementering av fysisk aktivitet innen psykisk helsevern. I den forbindelse er det behov for et teoretisk rammeverk som retter søkelyset mot hvilke deler av systemet som har utviklingspotensial, slik at det kan rettes innsats og ressurser mot forbedring og endring av eksisterende praksis på feltet.

### 3. Aktivitetsteori

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket for forskningsprosjektet. Kulturhistorisk aktivitetsteori (heretter kun benevnt som aktivitetsteori) vil bli benyttet for å forstå utfordringer og muligheter innen organisatorisk læring (Engeström, 2001, s. 33), med formål om å beskrive nåværende kontekst, situasjon og praksis ved DPSet. I tillegg vektlegger aktivitetsteorien hvordan læring kan oppstå hos enkeltindivider og grupper, med potensial for å skape utvikling og endring av den sosiale praksisen i organisasjonen (de Lange, 2014, s. 162). Aktivitetsteorien er dermed et filosofisk rammeverk egnet til å utdype forståelsen av hvordan etablerte handlingsmønstre utvikles og læres i behandlingstilbud som DPS. Aktivitetsteorien har et nært slektskap til annen systemteori anvendt innenfor alt fra motorisk læring og utviklingspsykologi til kommunikasjonsprosesser, med hensikt om å forstå og utvikle organisasjoner og systemer som en helhet.

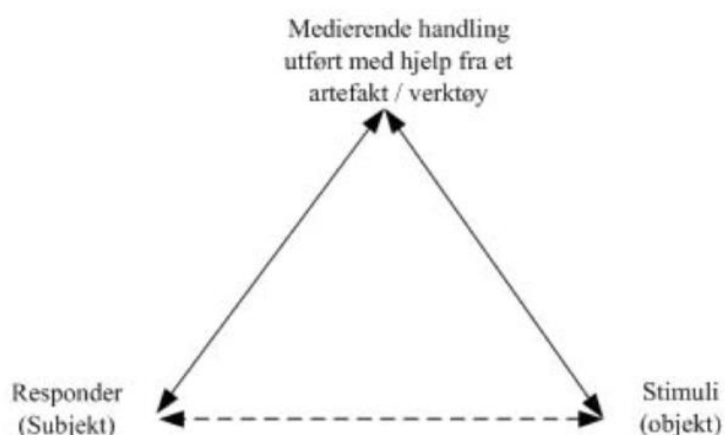
Yrjö Engeström, direktør for Senter for forskning om aktivitet, utvikling og læring ved Universitetet i Helsinki, har vært en sentral bidragsyter i anvendelse og utvikling av aktivitetsteorien som teoretisk rammeverk i studier av endring- og læringsprosesser i organisasjoner. Engeström (2001, s. 139; 1995, s. 328) har brukt modellen mest innenfor arbeidslivsforskning i helsesektoren, med hovedvekt på sykehus som system. I de senere årene har flere forskere benyttet aktivitetsteorien som en tilnærming for å identifisere, forstå og håndtere komplekse helseproblemer innenfor helsevesenet (Greig et al., 2012, s. 305; Lin et al., 2008, s. 331). Aktivitetsteorien anvender ikke begrepet «bevissthet» om prosesser innelukket i det enkelte mennesket, men om hverdagens praksis i arbeids- og organisasjonsliv. Fenomener som en arbeidsplass eller organisasjons intensjon, formidling, historie, samarbeid og utvikling anses som sentrale i konstruksjon av en slik bevissthet (Nardi, 1996, s. 4). Aktivitetsteori er dermed mer en beskrivende metateori eller et kraftfullt verktøy for å få innsikt i og forstå prosesser og sammenhenger, snarere enn en prediktiv og foreskrivende teori (Nardi, 1996, s. 4).

Moderne aktivitetsteori er i seg selv et omfattende og komplisert teoretisk perspektiv, og sammenholdt med oppgavens omfang har jeg derfor kun anvendt deler av teorigrunnet. Det er flere teoretikere som har medvirket til utvikling og videreføring av nye generasjoner av aktivitetsteorien. I denne oppgaven legger jeg hovedvekt på

Vygotsky (1978), Leontév (1981) og Engeström (1987, 2001) sine bidrag. Denne oppgaven vil benytte en kombinasjon mellom andre- og tredjegerasjons aktivitetsteori, med hovedvekt på førstnevnte. Begreper som er særlig relevant for oppgaven er; aktivitetssystemet og dets seks tilhørende komponenter, de fem grunnprinsippene og den ekspansive læringssirkel. Disse vil bli forklart og eksemplifisert i det videre.

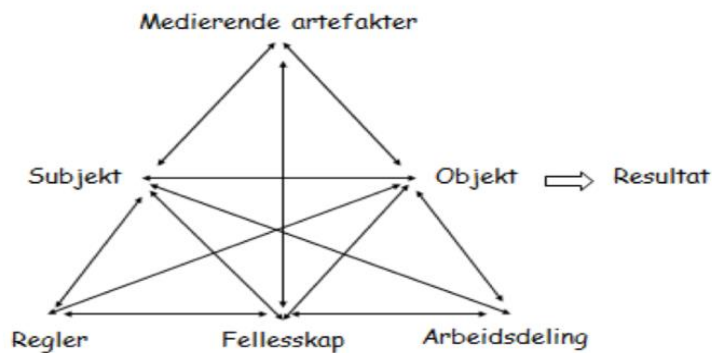
### 3.1 Aktivitetsteoriens utvikling

Aktivitetsteorien har ifølge Engeström (2001, s. 133) utviklet seg gjennom tre generasjoner av forskning. Teorien ble først presentert av den sovjetiske utviklingspsykologen Lev Vygotsky på 1920-tallet, som rettet oppmerksomhet mot forholdet mellom sinnet, kultur og historie (Engeström, 2001, s. 134; Martin & Peim, 2009, s. 131). Vygotsky (1978, s. 40) illustrerte hvordan relasjonen mellom stimulus og respons ble påvirket av en kompleks mediert handling gjennom sin anerkjente trekantmodell (figur 1).



Figur 1. Illustrasjon av Vygotskys (1978, s. 40) modell av medierende handling.

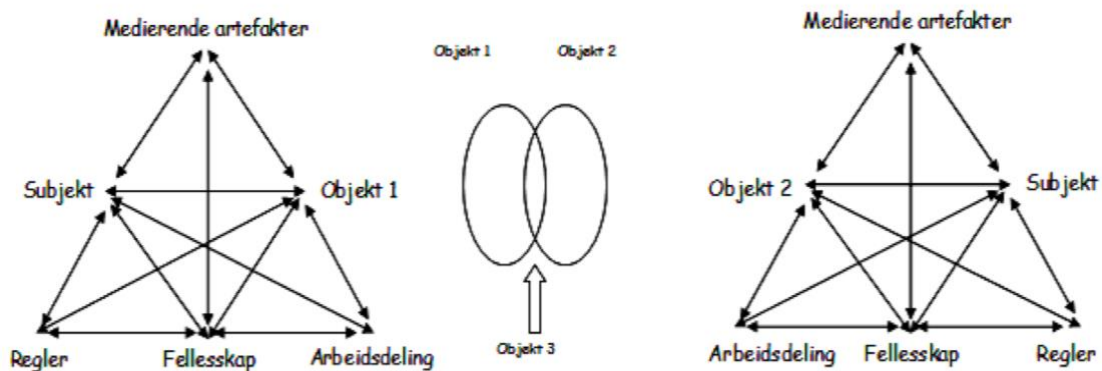
Dette er essensen i førstegenerasjons aktivitetsteori, basert på forståelsen om at sinnet er historisk betinget og i konstant utvikling (Martin & Peim, 2009, s. 132). Ifølge Engeström (1987, s. 5) var det nødvendig å videreutvikle aktivitetsteorien til å omfatte et mer helhetlig system, da førstegenerasjonen i stor grad fokuserte på det individuelle aspektet. Vygotskys kollega, Alexei Leontév (1981, s. 210-213), var en sentral bidragsyter for en slik utvikling, da han forklarte forskjellen mellom individuell aksjon (handling) og kollektiv aktivitet (virksomhet). På grunnlag av hans arbeid konstruerte Engeström (1987, s. 78) et aktivitetssystem (figur 2).



Figur 2. Fremstilling av grunnstrukturen i et aktivitetssystem med dets seks tilhørende komponenter (Engeström, 1987, s. 78), oversatt til norsk av Jensen og Aas (2012, s. 111).

Aktivitetssystemet drives frem av dynamikken som oppstår mellom de seks komponentene, hvor komponentene gjensidig påvirker hverandre (Engeström, 2001, s. 135). Den øverste undertrekanten som inkluderer komponentene subjekt, objekt og verktøy, knyttes til Vygotskys (1978, s. 40) teori, og omhandler de individuelle aktivitetene. De tre nederste komponentene, regler, fellesskap og arbeidsfordeling, har Engeström (1987, s. 78) lagt til i sin utvidede teori, som omtales som andregenerasjons aktivitetsteori, og kan ses på som de kollektive aspektene av aktivitetene. På den måten har aktivitetssystemet utviklet seg fra å omfatte én individuell aktivitet til å se på et kollektivt aktivitetssystem, hvor det kollektive aktivitetssystemet inkluderer psykologiske, sosiale, kulturelle, historiske og institusjonelle perspektiver.

Den tredje generasjonen av aktivitetsteori retter fokus mot utfordringer og muligheter innen interorganisatorisk læring (Engeström, 2001, s. 133). I denne utgaven videreføres de samme prinsippene som i andre generasjons aktivitetsteori, men utvides til å omfatte to eller flere samhandlende aktivitetssystemer. Figur 3 illustrerer to samhandlende aktivitetssystem, hvor ny felles kunnskap (objekt 3) kan skapes i grensefeltet mellom to ulike aktører (Engeström, 2001, s. 136).



Figur 3. Fremstilling av to interaktive aktivitetssystemer (Engeström, 2009, s. 305), oversatt til norsk av Jensen og Aas (2012, s. 118).

Ifølge Engeström (1996, s. 132) gir denne teorien en forståelse av dialog, nettverk og samhandling. Den nye utvidelsen av aktivitetsteorien retter økt oppmerksomhet mot subjektets dynamikk, som igjen er avgjørende for handlefrihet i analysen (Engeström & Glăveanu, 2012, s. 516).

### 3.2 Aktivitetssystemets seks komponenter

Et aktivitetssystem, for eksempel et DPS, en skole eller en bedrift, kan med aktivitetsteorien ses som en organisasjon bestående av seks komponenter som gjensidig påvirker hverandre (figur 2). De seks komponentene som til sammen utgjør aktivitetssystemet er objekt, subjekt, verktøy, regler, fellesskap og arbeidsfordeling (Engeström, 1987, s. 78). I det videre vil disse komponentene bli beskrevet og forklart i lys av oppgavens forskningsspørsmål.

«Objekt» refererer til problemområdet eller det bakenforliggende motivet som aktiviteten er rettet mot og som blir omdannet til resultater ved hjelp av eksterne og interne verktøy (Engeström, 1993, s. 67). I dette prosjektet vil komponenten «objekt» være fysisk aktivitet ved DPSet. «Subjektet» i aktivitetssystemet er rettet mot individene som deltar i aktiviteten, og vil i denne oppgaven referere til pasienter og ansatte ved DPSet. For å kunne gjennomføre og tilrettelegge ulike aktivitetstilbud ved DPSet er det avgjørende å inkludere både pasienter og ansattes erfaringer, ytringer, opplevelser og tanker rundt fysisk aktivitet. Det å inkludere pasienter som «subjekter» er, slik jeg forstår det, en noe utradisjonell måte å anvende aktivitetsteorien på. Min begrunnelse for valget er at pasientene, som er helsevesenet hovedfokus, er en viktig

medvirkende aktør for optimalisering av helsetjenester. Likevel gir forskning innsikt i at pasienter med psykiske lidelser ofte blir oversett som en betydningsfull kilde til kunnskap om helse (Lal et al., 2014, s. 28). I den forbindelse påpeker Ekeland (2011, s. 10) at mennesker med psykiske lidelser i betydelig større grad bør forstås og møtes som subjekter og aktører. Når jeg i oppgaven fremmer pasientene som subjekter er det med en intensjon om at deres stemmer også blir hørt og at deres erfaringer, opplevelser og tanker rundt fysisk aktivitet og helse forblir relevante.

Komponenten «verktøy», også kjent som medierende artefakter og gjenstander, beskrives som både materielle og mentale verktøy som benyttes i utviklingsarbeidet (Kuutti, 1996, s. 28). Materielle verktøy ved DPS vil være tilgjengelighet av utstyr som kan være med å realisere gjennomføringen av fysisk aktivitet, som blant annet treningsrom, treningsutstyr og turutstyr. Mentale verktøy viser til kommunikasjon, språk og samhandling mellom aktørene, samt behandlingstilnærminger som enheten benytter. Dette vil i hovedsak omfatte terapiformer, metodikker og tilnærminger som ACT, empowerment og recovery. Verktøyene tar del i utviklingen fra objektet til resultat, og kan både aktivere eller begrense selve aktiviteten (Murphy & Rodriguez-Manzanares, 2008, s. 443). I praksis betyr dette at verktøyene som benyttes har innvirkning på hvorvidt DPS kan lykkes med å etablere fysisk aktivitet som en del av behandlingstilbudet. Sviktende verktøy vil dermed kunne resultere i dårligere kvalitet på tilbudet. Videre omhandler komponenten «regler» om både implisitte og eksplisitte konvensjoner og normer som regulerer interaksjoner og handlinger i aktivitetssystemet (Kuutti, 1996, s. 28). Reglene omhandler dermed rammene som styrer den spesifikke aktiviteten. Ved et DPS vil det etableres flere regler og normer både fra eksternt- og internt hold. Eksterne regler handler eksempelvis om nasjonale regler, styringsdokumenter og prosedyrer som de ansatte ved DPS plikter å følge, som for eksempel rapporterings- og kodingsarbeid. Interne regler vil omhandle de lokale reglene innad på DPS, som timeplaner, møtetider og gjennomføring av behandlingstiltak. Det kan også være implisitte normer om hvordan man skal samhandle og imøtekomme pasientene ved enheten.

Teoriens begrep om «fellesskap» henviser til aktivitetssystemets deltakere, som deler felles mål (Murphy & Rodriguez-Manzanares, 2008, s. 443). Et slikt fellesskap består av en gruppe mennesker som deler samme objekt og som sammen driver

aktivitetssystemet frem. Ved DPSet vil fellesskapet omfatte kollegiet med de ansatte og deres ulike yrkesprofesjoner. Mellom medlemmene av fellesskapet vil det være oppgave- og rollefordelinger, samt makt og statusfordelinger (Murphy & Rodriguez-Manzanares, 2008, s. 443). Komponenten om «arbeidsfordeling» vil dermed omhandle hvordan de ansatte fordeler arbeidsoppgaver og roller for å implementere og etablere fysisk aktivitet ved enheten.

### **3.3 Aktivitetsteoriens fem grunnprinsipper**

Aktivitetsteorien kan oppsummeres og forstås i lys av fem bærende grunnprinsipper for tverrfaglig samarbeid, læring, utvikling og forbedring av aktivitetssystemet (Engeström, 2001, s. 136-137). Prinsippene som vil bli beskrevet i det videre er; aktivitetssystemet som analyseenhet, flerstemmighet, historisk utvikling, motsetninger og ekspansiv læring og utvikling (Engeström, 2001, s. 136-137).

#### **3.3.1 Analyseenheten**

Det første prinsippet er at aktivitetssystemet ses som en analyseenhet (Engeström, 2001, s. 136). Ifølge Engeström (2001, s. 136) betyr dette at de kollektive og individuelle handlingene ved aktiviteten kun forstås ved å analysere aktivitetssystemet som helhet. For å forstå DPSet som en analyseenhet må derfor både sosiale, psykologiske, historiske, kulturelle og institusjonelle perspektiver inkluderes i analysen. I dette prosjektet er det flere aktivitetssystemer som kan studeres. DPSet som helhet kan være et system, med de ulike yrkesgruppene av ansatte, pasienter og ledelsen som sentrale aktører. I tillegg er det ytre aktivitetssystemer som påvirker aktiviteten ved DPSet. Slike aktivitetssystem kan for eksempel være helsemyndighetene, de regionale helseforetakene, kommunehelsetjenesten, pårørende og lokale aktører. Et aktivitetssystem er dermed ett av en rekke systemer som finnes innenfor dynamiske nettverksrelasjoner, og vil interagere med de andre aktivitetssystemene (Engeström, 2001, s. 136). Samarbeidet mellom to eller flere samhandlende aktivitetssystem tilhører tredje generasjons aktivitetsteori. Denne undersøkelsen vil ha et mer avgrenset fokus, og vil derfor benytte en kombinasjon av andre- og tredjegerasjons aktivitetsteori som analyseenhet, med hovedfokus på førstnevnte. DPSet vil dermed bli belyst som et helhetlig aktivitetssystem som opererer innenfor en større kontekst av systemer som gir føringer på finansiering, faglig innhold, politiske handlinger, strategier og målsetninger.



### **3.3.2 Flerstemmighet**

I et aktivitetssystem er det alltid et kollektivt fellesskap med ulike synspunkter, holdninger, tradisjoner og interesser (Engeström, 2001, s. 136). Aktivitetssystemet bygger derfor på ideen om at et mangfold av stemmer som skal bli hørt (Engeström, 2001, s. 136). I dette forskningsprosjektet har jeg benyttet ulike metoder for å få frem ledelsen, ansatte, pasienter, helseforetak og andre eksterne aktørers mål, holdninger og erfaringer som har betydning for rammene ved DPSet. Hovedfokuset i denne oppgaven vil allikevel være stemmene til de ansatte og pasientene ved enheten. Pasientene har ulike diagnoser, interesser og erfaringer knyttet til fysisk aktivitet, mens de ansatte har ulike yrkesprofesjoner og arbeidsoppgaver, og dermed vil de naturligvis fremme ulike synspunkter på bakgrunn av deres kunnskap, ferdigheter og erfaringer. Det er avgjørende å verdsette de ulike stemmene og ytringene, slik at læring, forbedring og endring av aktivitetssystemet kan oppstå (Hasan & Banna, 2012, s. 208).

### **3.3.3 Historisitet**

Prinsippet om historisitet omhandler at aktivitetssystem utvikles over flere tidsperioder (Engeström, 2001, s. 136). Aktivitetssystemene er ikke statiske eller lineære enheter, derimot er de under kontinuerlig endring og utvikling (Kuutti, 1996, s. 13). Når hver aktivitet utvikler seg over tid, vil deler av eldre aktivitet forbli innebygd i utviklingsprosessen (Kuutti, 1996, s. 13). Aktivitetssystemenes utfordringer og potensialer kan kun forstås i lys av sin egen historie (Engeström, 2001, s. 136). I tillegg til sin lokalhistorie bør aktivitetssystemet ses i sammenheng med sine historiske ideer, som både har formet de nåværende verktøyene, aktivitetene og objektene de var ment å berøre (Engeström, 2001, s. 136-137). DPSet sin historiske utvikling vil være et resultat av tilbakemeldinger, forventninger og krav fra blant annet nasjonale styringsdokumenter, politikere, helseforetak, ledelsen, ansatte, pasienter og pårørende gjennom tidene. Disse aktørenes innflytelse vil også være av sentral betydning for DPSet sin fremtidige historie.

### **3.3.4 Motsetninger**

Det fjerde prinsippet vektlegger motsigelser, spenninger og forstyrrelser som oppstår innenfor og mellom komponentene i et aktivitetssystem (Engeström, 2001, s. 137). Motsetninger kan fremkomme som problemer, misforståelser, konflikter eller uoverensstemmelser, og hvis disse ikke blir anerkjent eller tatt opp til kritisk refleksjon

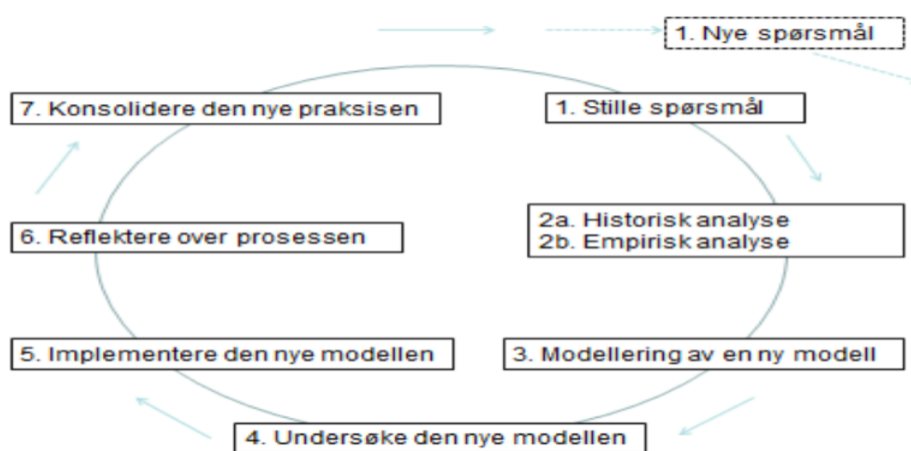
kan aktivitetssystemet stå i fare for å stagnere (Nelson Jr, 2002, s. 34). På et DPS kan det for eksempel forekomme spenninger innad i kollegiet ved uenighet og uoverensstemmelser vedrørende arbeidsfordeling, behandlingsopplegg eller prosjektmål. Dersom det er åpenhet for uenighet, motsigelser og debatt ved enheten, er det potensial for å utvikle ny praksis. Hvis et aktivitetssystem forvalter dets motsetninger på en gunstig måte kan motsetningene være selve drivkraften til endring, utvikling og læring (Engeström & Mietinen, 1999, s. 9). Hvorvidt et aktivitetssystem håndterer dets motsetninger er derfor avgjørende for om aktivitetssystemet deaktiveres eller utvikler seg til å bli innovative forsøk på å endre og forbedre aktiviteten (Engeström, 2001, s. 137; Murphy & Rodriguez-Manzanares, 2008, s. 445-446).

### **3.3.5 Ekspansiv læring og utvikling**

Det siste prinsippet Engeström (2001, s. 137) belyser er ekspansiv læring og utvikling, som innebærer at læring forekommer i mellommenneskelig samhandling som oppstår innenfor eller mellom aktivitetssystemer. Ekspansiv læring og utvikling, også kjent som grenseoverskridende læring, kan ses som en forlengelse av det fjerde prinsippet. Når motsetningene til et aktivitetssystem forverres, vil individuelle deltakere begynne å stille spørsmål til og avvike fra den eksisterende praksisen på enheten (Engeström, 2001, s. 137). En slik situasjon hvor en blir dratt mellom to motstridende krefter som benekter hverandre og der situasjonen ikke klarer å løses gjennom den etablerte praksisen, kjennetegnes som en «double bind» situasjon (Engeström, 1987, s. 174). Et resultat av «double-bind» kan være at aktiviteten stagnerer eller bryter sammen, men det kan også være et sentralt element som fører til en bevisst kollektiv endringsinnsats, holdningsendringer og samarbeidsvisjoner i aktivitetssystemet (Engeström, 2001, s. 137). Ekspansiv læring handler med andre ord om å lære og utvikle noe som i praksis ikke er til stede enda (Engeström & Sannino, 2010, s. 2). I et intervju beskriver Engeström ekspansiv læring som å lære å jobbe under utforming og implementering av den nye arbeidsmetoden (Engeström & Glăveanu, 2012, s. 516). For å implementere nye tiltak, redskaper, arbeidsformer, rutiner og praksiser på DPSet og dernest å anvende disse, kreves det samarbeid på flere nivåer, reflekterende kommunikasjon og felles forståelse av situasjonen. På bakgrunn av prinsippet om ekspansiv læring har Engeström (2001, s. 152) utarbeidet en læringssirkel for implementering av ny praksis, som beskrives i det følgende.

### 3.4 Den ekspansive lærings sirkel

Den ekspansive lærings sirkel illustrerer hvordan læring kan skje innad i et aktivitetssystem og forstås som en sirkulær prosess (Engeström, 2001, s. 152). Når utfordringer og uenigheter i et aktivitetssystem løses vil det skje en ekspansjon og utvikling av aktiviteten. En slik ekspansjon kan gi muligheter for læring, eller produksjon av ny kunnskap (Nilsen, 2013, s. 247). Gjennom en syklus bestående av syv punkter beskriver Engeström (2001, s. 152) hvordan ekspansiv læring kan foregå i praksis (figur 4).



Figur 4. Illustrasjon av Engeström (2001, s. 152) sin ekspansive lærings sirkel, oversatt til norsk av Jensen og Aas (2012, s. 88).

### 3.5 Oppsummering av teoretisk rammeverk

Hittil har aktivitetsteoriens utvikling og dens tilhørende terminologi blitt fremstilt. For å kunne anvende aktivitetsteori og omsette den i praksis, er det ifølge de Lange (2014, s. 172) vesentlig å benytte begrepsapparatet til å identifisere, tolke og håndtere aktivitetssystemet motsetninger. Begrepsapparatet som er presentert er aktivitetsteoriens komponenter, grunnprinsipper og den ekspansive lærings sirkel. Til sammen utgjør disse begrepene essensen i det blikket jeg skal møte forskningsmaterialet mitt med. I det følgende vil jeg derfor presentere metodene jeg har valgt for å få et innblikk i hvordan et slikt aktivitetssystem fungerer i praksis, med oppmerksomheten hovedsakelig rettet mot fysisk aktivitet som behandlingstiltak innen psykisk helsevern.

## 4. Metode

I dette kapitlet vil oppgavens metodiske rammeverk presenteres. Først vil jeg begrunne forskningsprosjektets metodevalg, vitenskapelig forankring og forskningsdesign. Videre vil jeg redegjøre for hvordan datainnsamlingsprosessen har foregått, med rekruttering av deltakere, utvalg og deltakerkriterier. Deretter vil forskningsintervjuet som helhet bli belyst, etterfulgt av en gjennomgang av hvordan jeg har gått frem i analysene av materialet. Avslutningsvis vil jeg klargjøre for prosedyrer relatert til kvalitetssikring av data, vurdering av forskningens validitet, reliabilitet og overførbarhet, forskerens posisjon og etiske hensyn.

### 4.1 *Kvalitativ metode*

For å besvare problemstillingen i denne studien har jeg valgt å anvende en kvalitativ tilnærming. Dette forankres i at forskningsprosjektet har som formål å innhente dybdekunnskap og en helhetlig forståelse av pasienter og ansatte sitt syn på bruk av fysisk aktivitet som et behandlingstiltak i psykiatrien. Gjennom en kvalitativ tilnærming vil det være mulig å beskrive fenomenets kompleksitet gjennom deltakernes perspektiv. Dette er et perspektiv som det ellers kan være vanskelig å få tilgang til ved andre metoder (Postholm, 2010, s. 22; Silverman, 2014, s. 18). Gjennom kvalitative forskningsintervju kan prosjektet gi kunnskap om deltakernes erfaringer, opplevelser, forventninger, holdninger, motiver og tanker knyttet til bruk av fysisk aktivitet ved DPS (Malterud, 2011, s. 27).

### 4.2 *Vitenskapelig forankring*

Fortolkende teoretiske retninger er sentrale ved kvalitative metoder, og har betydning for informasjonen forskeren søker, og danner et utgangspunkt for den forståelsen forskeren utvikler (Thagaard, 2018, s. 33). Denne oppgaven kan plasseres innenfor en fenomenologisk vitenskapsteoretisk forankring. Fenomenologi som posisjonering tar utgangspunkt i en underliggende antakelse om at realiteten er slik intervjupersonene oppfatter at den er (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Jeg søkte å oppnå en forståelse av en dypere mening i intervjupersonenes subjektive erfaringer og opplevelser av fysisk aktivitet i psykiatrien (Thagaard, 2018, s. 36), samtidig som disse erfaringene skulle forstås i en kulturell sammenheng ved hjelp av systemteoretisk tenkning.

### **4.3 Utvikling av data**

Dette prosjektets utvikling av data har funnet sted på et utvalgt DPS på Østlandet. Studien inkluderte totalt fem deltakere fra dagbehandlingen, hvorav tre var ansatte og to var pasienter. Gjennom semistrukturerte enkeltintervju innhentet jeg data i perioden fra 4. november til 19. november 2020. De ansatte ble intervjuet i uke 45, mens pasientene ble intervjuet i uke 47. Intervjuene av de ansatte varte i gjennomsnitt 1 time og 22 minutter, mens den gjennomsnittlige varigheten på pasientenes intervju var 50 minutter. I det følgende vil prosedyrene for utvikling av data bli presentert.

#### **4.3.1 Utvalg og deltakerkriterier**

Et særlig viktig tema innenfor kvalitativ forskning er valg av informanter (Dalen, 2011, s. 45), herunder er antall intervjupersoner et diskutert og tilbakevendende tema (Tjora, 2017, s. 143). Utvalgsstørrelsen er vurdert etter de analytiske målene til dette forskningsprosjektet (Thagaard, 2018, s. 59). Dette var en oppgave med omfang på et år, så det var vesentlig å ta hensyn til både tidsaspektet og ressursbehovet, samtidig som utvalget måtte være stort nok til datamaterialet nådde et metningspunkt. Ifølge Holter (1997, s. 23) opplever man et metningspunkt når det ikke synes å fremkomme nye momenter i hvert nytt intervju. Gjennom en vurdering i samråd med NIH's etiske komite og veileder ble utvalgsstørrelsen satt til å omfatte 2-3 intervjupersoner fra hver målgruppe. Ifølge Malterud (2011, s. 60) kan fire til syv informanter være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale dersom forskeren kjenner sitt metodehåndverk, det teoretiske forarbeidet er grundig, og ved å ha en fleksibel strategi for feltarbeid og analyse. Grunnet Covid-19 situasjonen, var det kun gjennomførbart å intervju to personer fra pasientgruppen og tre personer fra ansattgruppen. Det ble heller ikke aktuelt å inkludere mer enn et DPS i prosjektet.

Inklusjonskriteriene for ansatte var at de måtte være fast ansatt og ha jobbet på enheten i minimum ti måneder. Dette fordi situasjonen med Covid-19 begrenset aktivitetstilbudet ved enheten, og dermed var det ønskelig å ha informanter som hadde kjennskap til systemet før restriksjonene ble iverksatt. Inklusjonskriteriene for pasienter var at de måtte være over 18 år, dette grunnet etiske hensyn og lovkrav for innhenting av samtykke. Med ønske om ulike perspektiver på forskningsspørsmålet, ble begge kjønn i et aldersperspektiv inkludert. I tillegg ble samtlige diagnoser hos pasientgruppen inkludert. Dette fordi de ulike psykiske lidelsene kan ha betydning for hva informantene

erfarer og opplever ved fysisk aktivitet, noe som er viktig for å presentere et reelt og helhetlig bilde av fysisk aktivitet for målgruppen. Det er likevel sentralt å presisere at inkludering av samtlige diagnoser vil kunne ha innvirkning på forskningsresultatene utfall.

### **4.3.2 Rekruttering og innsamlingsstrategier**

I kvalitativ metode skal intervju materialet være av en slik kvalitet at det gir dekkende grunnlag for fortolkning og analyse (Dalen, 2011, s. 45). For å få et tilstrekkelig antall deltakere i prosjektet benyttet jeg en kombinasjon av tilgjengelighetsutvalg og snøballutvelgelse. Tilgjengelighetsutvalg er utvelgelse av deltakere basert på at de som deltar er frivillige og gjør seg tilgjengelige for forskeren (Marshall & Rossman, 2014, s. 115-116). Jeg valgte derfor å gi ut informasjon om prosjektet på DPSet, slik at personer som ønsket å delta i forskningen kunne ta kontakt med meg eller min veileder. Snøballmetoden er en fremgangsmåte som går ut på å finne relevante kandidater for forskningsspørsmålet, for deretter be disse om å ta kontakt med andre aktuelle informanter (Thagaard, 2018, s. 56-57). Min kontakt, som var ansatt på DPS, ble benyttet som en «døråpner» i prosessen med å rekruttere deltakere til utvalg 1 (ansatte). For å rekruttere deltakere til utvalg 2 (pasienter) benyttet jeg utvalg 1 som «døråpnere». De potensielle deltakerne sto da fritt til å ta kontakt dersom de ønsket å delta eller få mer informasjon om prosjektet. De ansatte valgte ut aktuelle intervju personer fra pasientgruppen basert på at de var samtykkekompetente og kunne uttale seg på en reflektert måte om temaene, og dermed var utvalget også strategisk (Tjora, 2017, s. 130). Det er likevel viktig å presisere at rekruttering av utvalget ble gjennomført på en slik måte at frivilligheten ble sikret, og at taushetsplikten ble ivaretatt. I praksis betyr dette at aktuelle deltakere måtte samtykke til å bli kontaktet før jeg fikk tilgang til deres kontaktinformasjon.

## **4.4 Forskningsintervju**

Ifølge Tjora (2017, s. 113) er forskningsintervjuer den mest benyttede datagenereringsmetoden innen kvalitativ forskning. Det kvalitative forskningsintervjuet søker å få frem betydningen av intervju personens erfaringer og opplevelser av fenomenet som studeres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Intervjuet gir mulighet til å belyse kompleksitet og nyanser ved fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2010,

s. 137), hvor forskningsintervjuet konstruerer kunnskap i interaksjon mellom forskeren og intervjupersonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22).

#### **4.4.1 Intervjuform**

Jeg har benyttet semistrukturerte intervjuer som har en fleksibel struktur, slik at spørsmål tilpasses til intervjupersonen underveis, samtidig som hovedtemaene i intervjuet i hovedsak var fastlagt på forhånd (Thagaard, 2018, s. 91). På den måten kan man følge med på deltakerens fortelling og beskrivelser av fenomenet, samt vektlegge de temaene som er relevante for forskningsspørsmålet (Thagaard, 2018, s. 91).

Intervjuene ble holdt individuelt av hensyn til deltakerne, slik at deres utlevering av informasjon forble anonymisert.

#### **4.4.2 Intervjuguide**

Ved utarbeiding av intervjuguidene ble studiens forskningsspørsmål omsatt til tydelige temaer med underliggende spørsmål (Dalen, 2011, s. 26). Jeg valgte å lage to separate intervjuguides til hver av målgruppene i prosjektet, da gruppene naturligvis har ulike erfaringsbakgrunn og kunnskapsgrunnlag rundt tematikken. Til tross for at det ble benyttet forskjellige tilnærminger på intervjuguidene, ble spørsmålene utarbeidet med hensikt om å besvare forskningsspørsmålet og fange opp intervjupersonenes perspektiver, opplevelser og refleksjoner rundt fenomenet. For at intervjuet skulle gi innsikt i informasjon om autentiske erfaringer og synspunkter, ble det benyttet tydelige, forståelige og åpne spørsmål i intervjuguiden (Silverman, 2013, s. 206).

Intervjuguidene ble utarbeidet etter det Dalen (2011, s. 26) omtaler som «traktprinsippet». Dette prinsippet refererer til at intervjueren starter med enkle og konkrete innledningsspørsmål for å skape en avslappet og tillitsfull atmosfære, for så å fokusere mot de sentrale temaene i intervjuet (Dalen, 2011, s. 26). Et slik dramaturgisk aspekt ved intervjuguiden gir en emosjonell stigning som minker mot slutten av intervjuet (Thagaard, 2018, s. 100). Introduksjonsspørsmålene i intervjuguiden omhandlet forhold som alder, kjønn, utdanning, arbeid og diagnose. I begge intervjuguidene var det tre hovedtemaer, som skulle gjenspeile og besvare prosjektets forskningsspørsmål: (a) generelt om fysisk aktivitet, (b) fysisk aktivitet på DPS, og (c) det siste hovedtemaet til de ansatte var relatert til fysisk aktivitet for pasientgruppen (vedlegg 1), mens det tredje hovedtemaet til pasientene belyste utfordringer og fordeler

med fysisk aktivitet (vedlegg 2). For å standardisere de fleksible delene av intervjuet har jeg utarbeidet noen alternative oppfølgingsspørsmål og «prober» som leder samtalen tilbake til spørsmål med mangelfulle eller utydelige svar (Berry, 2002, s. 681). «Prober» er spørsmål eller kommentarer som skaper flyt i samtalen, og som signaliserer interesse for det intervjupersonen forteller (Thagaard, 2018, s. 96). Jamført Berry (2002, s. 681) vil disse oppfølgingsspørsmålene og tilbakemeldingene foregå enten verbalt eller ikke-verbalt, avhengig av situasjonen. På den måten kunne jeg håndtere de uforutsette delene av intervjuet og kontrollere at de sentrale spørsmålene ble vektlagt, som igjen fjerner en kilde til vilkårlighet. Avslutningsvis ble «trakten» åpnet igjen, dette gjennom en avsluttende samtale om generelle forhold (Dalen, 2011, s. 27). Intervjuguiden var derfor avrundet med å åpne opp for forhold og tematikker som det ikke ble snakket om tidligere.

#### **4.4.3 Pilotintervjuer**

I forkant av datainnsamlingsperioden gjennomførte jeg totalt fire pilotintervjuer. Et pilotintervju refererer til et «forsøksintervju» der forskeren kan utprøve intervjuguiden som forsøksverktøy, samt egne intervjuferdigheter (Dalen, 2011, s. 30). To bekjente deltok på pilotintervjuene, og testet intervjuguiden til både pasienter og ansatte. Den ene deltakeren var ukjent til feltet, mens den andre deltakeren har arbeidet på DPSen i flere år. Det at jeg inkluderte både en med erfarings- og kunnskapsgrunnlag og en utenforstående i prøveintervjuene bidro til at jeg fikk gode tilbakemeldinger på intervjuprotokollen og egen væremåte i intervjusituasjonen. Intervjuguiden ble derfor endret og forbedret i samsvar med tilbakemeldingene fra pilotintervjuene (Dalen, 2011, s. 31). Pilotintervjuene bidro også til at jeg ble tryggere i intervjusituasjonen og forbedret mine intervjuferdigheter, noe jeg opplevde som en nyttig erfaring i møtet med deltakerne i prosjektet. Gjennom pilotintervjuene ble det tekniske utstyret testet, og jeg ble kjent med lydopptakerens rekkevidde, volumnivå og lyd kvalitet. Ved å lytte til lydopptakene i etterkant av pilotintervjuene fikk jeg også mulighet til å evaluere meg selv som intervjuer. Det er likevel viktig å presisere at pilotintervjuene ikke ble gjennomført på personer med psykiske lidelser, og dermed ble ikke intervjuguiden for pasienter testet spesifikt mot målgruppen.



#### 4.4.4 Gjennomføring av intervjuene

Lokasjonen hvor intervjuet gjennomføres kan være av betydning for kvaliteten på samtalen, og dette kjennetegnes som konteksteffekt (Jacobsen, 2005, s. 167). Da jeg ønsket at intervjuene skulle foregå i en naturlig kontekst, var det opp til deltakerne å avgjøre hvor intervjuene skulle finne sted. Fire av intervjuene ble derfor avholdt på institusjonen de ansatte og pasientene tilhører, mens et av intervjuene fant sted hjemme hos intervjupersonen. Det ble funnet et eget rom slik at det var mulighet for en uforstyrret, åpen og ærlig samtale. Dette kan gi en trygghet for intervjupersonene ettersom de har god kjennskap og tilknytning til stedene (Tjora, 2017, s. 121).

De første minuttene av intervjuet er alltid avgjørende (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160), så samtlige intervjuer startet med en uformell samtale med intervjupersonene. Det ble tidlig forsøkt å oppnå kontakt med intervjupersonene gjennom aktiv lytting og uttrykking av interesse, forståelse og respekt gjennom bruk av verbal kommunikasjon, ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Kvale, 1997, s. 75; Thagaard, 2018, s. 101).

Innledningsvis i intervjuet ble Glesne og Peshkin (1992, s. 32) sin sjekklister rundt informasjon om meg selv, formålet med prosjektet og ulike etiske hensyn benyttet. Underveis i intervjuet la jeg til rette for «aktiv intervjuing», som i hovedsak handler om å samarbeide med intervjupersonen ved å utvikle en forståelse av de hendelser og erfaringer som beskrives (Holstein & Gubrium, 2016, s. 68). I tillegg forsøkte jeg å aktivt benytte begrepet «regi», altså å finne en balanse mellom det å stille spørsmål, gi tilbakemeldinger og lytte til intervjupersonen (Thagaard, 2018, s. 100). Jeg opplevde at det ble etablert god kontakt med intervjupersonene under intervjuene, noe som gjenspeiles ved at deltakerne tidlig var åpne for å snakke om sårbare temaer og vanskelige hendelser i livet. Etter anbefaling fra Thagaard (2018, s. 96) valgte jeg å inkludere tid til små pauser, slik at intervjupersonen fikk mulighet til å tilføye eller utdype det foregående temaet. Dette ga meg også anledning til å reflektere over intervjusituasjonen og fremdriften av intervjuet (Thagaard, 2018, s. 96), noe jeg opplevde ga bedre kvalitet på selve intervjuet. Etter anmodning fra Kvale og Brinkmann (2015, s. 161) ble intervjuet avrundet med en debriefing som åpnet opp for ytterligere kommentarer til intervjutemaene eller nye aspekter ved fenomenet som ikke ble tatt opp under intervjuet. Det var stor variasjon på intervjupersonene, både med tanke på hvor mye informasjon de formidlet, men også hvordan de formulerte seg. Noen av intervjupersonene gikk veldig i detaljer, og da var det nødvendig at jeg brukte «prober»

for å komme tilbake til forskningstematikken, mens hos noen var det nødvendig å bruke ekstra pauser for å komme i dybden på tematikken. Det var dermed stor forskjell i tidsaspektet på intervjuene, hvor de varte fra 47 minutter til 1 time og 36 minutter, avhengig av hvor mye intervjupersonen fortalte om temaene. Avslutningsvis ble det brukt tid på å avvikle kontakt gjennom en ettersamtale når lydopptakeren var avslått (Dalland, 2017, s. 84). Dette for å sikre at intervjupersonen følte seg ivaretatt og for å vise takknemlighet for at personen stilte opp i intervjuet.

#### **4.4.5 Transkripsjon av datamaterialet**

En vanlig måte å bearbeide et intervju på er å transkribere talen fra lyd- eller videoopptaket til skriftlig form (Dalland, 2017, s. 88). Transkribering gir struktur og oversikt over intervjuet, noe som er hensiktsmessig når analyseprosessen starter. Lydopptakene ble transkribert umiddelbart etter intervjuene, og dialekter ble oversatt til bokmål for å sikre anonymitet. Det er viktig å presisere at det kan forekomme utfordringer når en muntlig intervjusamtale blir omdannet til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-205). Malterud (2011, s. 76) legger vekt på at det naturlige talespråket skiller seg skriftspråket ved at det er mer uformelt og oppstykket. I tillegg vil ikke nonverbale sider av kommunikasjonen og partenes felles menings- og kontekstforståelse fremgå av opptaket (Malterud, 2011, s. 76). For å gjenskape intervjusituasjonen og bevare meningsinnholdet på best mulig måte, inkluderte jeg intervjunotatene mine i utskriften gjennom innskutte parenteser (Dalland, 2017, s. 89). Disse notatene omhandler intervjupersonens kroppsspråk, ansiktsuttrykk, gester og stemningsleie, samt atmosfæren i intervjuet og intervjusituasjonen som helhet (Thagaard, 2018, s. 111).

### **4.5 Dataanalyse**

Arbeidet med analysen er ikke en avgrenset eller lineær del av forskningsprosessen (Postholm, 2010, s. 86). Dataanalyse og datainnsamling foregår parallelt, hvor dataanalysen begynner idet forskeren inntreer forskningsfeltet og varer helt til forskningsprosjektet er ferdigstilt (Postholm, 2010, s. 86). Schwandt (2001, s. 6) beskriver dataanalysen som en prosess med formål om å forstå, fortolke og teoretisere datamaterialet

### **4.5.1 Tematisk analyse**

I dataanalysen har jeg tatt utgangspunkt i en temaanalytisk tilnærming hvor oppmerksomheten rettes mot temaer som er representert i prosjektet (Thagaard, 2018, s. 171). Ved temaanalyse analyseres data om hvert tema fra alle deltakerne, med formål om å utvikle en dypere forståelse av disse temaene (Thagaard, 2018, s. 152, 171). En tematisk analyse i fortolkningsarbeidet ble valgt ettersom det er en velegnet metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre av data, og dermed produsere tema på tvers av intervjuene i tråd med forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006, s. 79). I tillegg fremstår tematisk analyse som en forståelig og tydelig analysemetode, og er en velegnet analysemetode for en forsker i begynnerstadiet (Braun & Clarke, 2006, s. 94)

### **4.5.2 Tolkning av data**

Fordelen med tematisk analyse er dens fleksibilitet, men dette fordrer også at forskeren konsekvent beskriver fremgangsmåten i en bestemt analyse (Braun & Clarke, 2006, s. 83). Jeg valgte å benytte en induktiv tematisk analyse hvor de indentifiserte temaene er sterkt koblet til selve dataene i prosjektet (Braun & Clarke, 2006, s. 83). Rådataene har dermed vært utgangspunkt for å utvikle begreper og analytiske perspektiver, hvor disse begrepene har fremhevet meningsinnholdet i dataene og styrket forbindelsen mellom teori og data (Thagaard, 2018, s. 172). Denne tilnærmingen var aktuell da prosjektet søkte å forankre kodene empirisk gjennom deltakernes erfaringer og handlinger, snarere enn en i teoretisk kontekst (Thagaard, 2018, s. 153). Dette er i samsvar med intervjuguiden som heller ikke er teoriorientert, noe som gjør at forskningsspørsmålet har vært under utvikling gjennom hele prosjektet (Braun & Clarke, 2006, s. 84). På den måten vil uttrykk og begreper anvendt av deltakerne være grunnlag for utvikling av teoretiske perspektiver basert på data (Thagaard, 2018, s. 177). Videre har jeg benyttet en detaljert beskrivelse av datasettet gjennom semantiske temaer. Ved en semantisk tilnærming identifiseres temaene innenfor dataenes eksplisitte betydning, altså at forskeren ikke aktivt leter etter noe utover det en deltaker har sagt (Braun & Clarke, 2006, s. 84). Selv om jeg forsøkte å holde meg nær deltakernes mening, ble deres meninger også tolket etter mitt teoretiske ståsted. På den måten har analyseprosessen beveget seg fra en beskrivelse av temaer i semantisk innhold til tolkning av disse mønstrene, betydningene og implikasjonene opp mot et aktivitetsteoretisk perspektiv (Braun & Clarke, 2006, s. 84). I den sammenheng er det nødvendig å presisere at selv om jeg initialt hadde et formål om å skape nærhet til det empiriske, opplevde jeg at

analyseprosessen i praksis ikke var så isolert og unyansert slik som Braun og Clarke (2006, s. 83) gir uttrykk for. Ettersom jeg parallelt med analysen fant et hensiktsmessig teoretisk rammeverk for oppgaven, kan det ikke utelukkes at jeg ubevisst har blitt farget av aktivitetsteoriens begrepsapparat i analyseprosessen. Det er dermed nærliggende å anta at det gjennomgående har foregått en overlapp mellom teori- og empiristyrte analyse. Dette er trolig ikke unikt for min oppgave, da menneskelige prosesser hos den individuelle forskeren alltid vil ha en viss innflytelse på kvalitative analyseprosesser. Videre er forskningsepistemologien en veileder for hva en kan si om dataene og det gir føringer for hvordan en kan teoretisere mening (Braun & Clarke, 2006, s. 85). Gjennom analysen har jeg tatt utgangspunkt i en realistisk tilnærming hvor språket reflekterer virkeligheten og er et verktøy for å kommunisere perspektiver og erfaringer mellom intervjupersonen og meg som forsker. På den måten har språket bidratt til at motiver, erfaringer og meninger har blitt teoretisert i analysen (Braun & Clarke, 2006, s. 85).

### **4.5.3 Analyseprosessen**

Dataanalysen vil følge Braun og Clarke (2006, s. 77-101) sin tematiske analyse som ofte benyttes i kvalitativ forskning innen psykologi, bestående av seks faser: 1) få kjennskap til dataene, 2) generere innledende koder, 3) søke etter temaer, 4) evaluere temaer, 5) definere og navngi temaer, og 6) produsere skriftlig rapport. De ulike stegene i analyseprosessen vil bli beskrevet i det påfølgende.

#### **1) Få kjennskap til dataene**

Analysens første fase går ut på å gjøre seg kjent med datamaterialets dybde og bredde (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Jeg ble kjent med datamaterialet både gjennom transkriberingen og ved å lese gjennom intervjuutskriftene tre ganger. Ved gjennomlesning av intervjuutskriftene søkte jeg å få en oversikt over innholdet, samt identifisere typiske og generelle meninger i teksten (Braun & Clarke, 2006, s. 87).

#### **2) Generere innledende koder**

Steg to i analyseprosessen består av koding, og begynner når man har blitt kjent med datamaterialet og laget en liste med innledende ideer (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Koder identifiserer et trekk ved dataene som virker interessant for analytikeren, som i mitt tilfelle var et semantisk innhold, med hensikt om å finne de meningsfulle elementene i rådataen (Boyatzis, 1998, s. 63). Kodingsprosessen foregikk gjennom

manuell koding hvor ulike utsnitt og potensielle koder relevante for å besvare problemstillingen ble vurdert, markert og sortert i et tabellsystem. Tabellsystemet var nyttig for å få oversikt over de innledende kodene og utsnittene, samt for det neste steget hvor tabellene bidro til utforming av relevante og interessante temaer.

### **3) Søke etter temaer**

Denne fasen innebærer å sortere de forskjellige kodene og datautdragene til potensielle temaer (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Dette involverte en vurdering av hvordan de forskjellige kodene kunne kombineres for å danne relevante temaer for å besvare problemstillingen. I denne prosessen brukte jeg tankekart for å organisere kodene i temabunker for å få en oversikt over forholdet mellom koder, mellom temaer og mellom forskjellige nivåer av temaer (Braun & Clarke, 2006, s. 89-90).

### **4) Evaluere temaer**

Etter at potensielle temaer ble foreslått, var neste steg å vurdere de utformede temaene (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Dette innebar at noen av de eksisterende temaene ble forkastet, da datagrunnlag ikke var tilstrekkelig for å støtte disse. Videre ble noen av temaene med overlappende data slått sammen, hvorimot andre temaer med mye datamateriale ble inndelt i nye separerte temaer. Ifølge Braun og Clarke (2006, s. 91) er formålet med denne prosessen at det skal være klare og identifiserbare skiller mellom temaene, samtidig som data innenfor hvert enkelt tema skal samsvare meningsfullt. For å oppnå en klar og oversiktlig struktur og fordeling av temaene måtte jeg gjennom en todelt vurderingsprosess.

Det første nivået omhandlet en gjennomgang av de kodede dataekstraktene, der hver enkelt kode ble vurdert hvorvidt det passet innenfor et eller flere temaer. Dette ble gjort for å avdekke om kodene danner et sammenhengende mønster i de aktuelle temaene (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Under denne prosessen måtte jeg revurdere noen av kodene, ettersom de ikke passet inn i sine opprinnelige temaer. Disse kodene ble etter anbefaling fra Braun og Clarke (2006, s. 91) enten overført til andre eksisterende temaer, lagt inn i et nyopprettet tema eller forkastet fra analysen. Det andre nivået innebar en lignende prosess, men her vurderte jeg hvert enkelt tema i forhold til datasettet som helhet (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Gyldigheten til det enkelte tema ble derfor vurdert opp mot innholdet fra intervjuene for å sikre en nøyaktig representasjon

av datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Etter en grundig gjennomgang ble kun temaer med tilstrekkelig dybde, fornuftig sammenheng og med en dekkende representasjon av datasettet som helhet, stående igjen som temaer.

### **5) Definere og navngi temaer**

Steg fem av analyseprosessen bestod av å definere og avgrense de eksisterende temaene, hvilket innebar å finne essensen i hva temaene omhandler, samt identifisere hvilke aspekter ved datamaterialet som blir vektlagt i hvert enkelt tema (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Jeg gjennomførte en detaljert analyse av hvert enkelt tema for å sikre at de var i overensstemmelse med forskningsspørsmålet, samtidig som de ble justert slik at ikke var for mye overlapping temaene imellom (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Deretter ble temaene navngitt med presise titler, eksempelvis «institusjonelle forhold». Veien fra koding til ferdig definerte globale temaer er illustrert i vedlegg 7.

### **6) Produsere skriftlige rapport**

Den siste fasen begynte da et fullstendig sett av utarbeidede temaer var klare til bruk, og innbefattet derfor den endelige analysen og skriving av selve resultatkapittelet. Braun og Clarke (2006, s. 93) poengterer at det er avgjørende at analysen gir en kortfattet, logisk og sammenhengende beskrivelse av historien som dataene forteller. Presentasjonen av denne historien kan blant annet bli fremstilt gjennom sitater fra deltakerne, supplert med en analytisk redegjørelse fra forfatteren, som er tilfellet i denne oppgaven. Formålet med en tematisk analyse, og dermed også rapporten, er å formidle den komplekse historien av dataene på en gyldig og forståelig måte, slik at den fullstendige rapporten kan diskuteres i lys av forskningsspørsmålet, tidligere forskning og det teoretiske rammeverket (Braun & Clarke, 2006, s. 93).

## **4.6 Kvalitetssikring av data**

I likhet med Thagaard (2018, s. 19) har jeg valgt å benytte begrepene validitet, reliabilitet og overførbarhet som vitenskapelige kvalitetskriterier for prosjektet. Disse tre kvalitetskriteriene, i tillegg til min posisjon og forforståelse til fenomenet, vil bli diskutert i dette kapittelet. Kvalitetsindikatorerne transparens og refleksivitet vil også belyses gjennomgående i kapittelet, med formål om å gi leserne innsikt i forskningen slik at de selv kan ta stilling til forskningens kvalitet.

#### 4.6.1 Validitet

Gjennomgangsspørsmålet for forskningsprosjektets validitet er ifølge Malterud (2011, s. 181) hva resultatene gir gyldig kunnskap om. Validitet handler om hvorvidt den anvendte metoden er egnet til å undersøke det den faktisk har til formål å forske på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276), altså i hvilken grad mine observasjoner og tolkninger faktisk reflekterte det fenomenet forskningsprosjektet hadde som formål å studere (Pervin, 1984, s. 48).

Kunnskap er et produkt av menneskelig samhandling, oppfatning og fortolkning, og den menneskelige faktor er dermed av sentral betydning hva gjelder datainnsamling, analyse og fremleggelse av forskningsprosjektet (Malterud, 2011, s. 38). For å sikre validitetsdrøfting av forskerrollen har jeg synliggjort egen posisjon og tilknytning til fenomenet som studeres (kapittel 4.6.4), slik at leseren har mulighet til å vurdere i hvilken grad disse forholdene har påvirket tolkningen av resultatene (Dalen, 2011, s. 94). Videre kan det oppstå misforståelser når kunnskapsutveksling foregår (Malterud, 2011, s. 182). For å sikre validering underveis i intervjuet forhørte jeg meg regelmessig med deltakerne for å bekrefte at deres uttalelse stemte med min oppfatning og forståelse. Dette kan bidra til at råmaterialet i størst mulig grad representerer en felles forståelse mellom forsker og informant. En slik dialogisk validering kan styrke intersubjektiviteten mellom forsker og intervjuperson, og deretter samspeillet mellom forsker og leser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 273). Når intervju benyttes som metodeverktøy vil intervjupersonenes egne ord og fortellinger utgjøre hovedtyngden av det materialet som skal danne grunnlag for tolkning og analyse (Dalen, 2011, s. 97). For å sikre innholdsrike og fyldige uttalelser fra intervjupersonene gjennomførte jeg flere pilotintervjuer, hvor både intervjuguiden og andre forhold ved selve intervjusituasjonen gjentatte ganger ble vurdert og justert (Dalen, 2011, s. 97).

Ifølge Dalen (2011, s. 45) mangler mange kvalitative undersøkelser en grundig redegjørelse for hvilket utvalg resultatene bygger på, noe som gjør det vanskelig for leseren å vurdere gyldighetene til funnene som presenteres i prosjektet. Derfor har jeg forsøkt å la forskningen være så transparent som mulig ved å begrunne og tydeliggjøre metodiske valg, posisjonering og tolkning av datamaterialet. I tillegg har jeg gjennomført en kritisk gjennomgang av egne beslutninger og tolkninger i forhold til

alternative muligheter (kapittel 4.6.4), og på den måten kan forskningsprosjektet oppnå refleksivitet i praksis (Stige et al., 2009, s. 16-17).

#### **4.6.2 Reliabilitet**

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes pålitelighet og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Begrepet omhandler hvorvidt resultatene kan reproduseres på et annet tidspunkt av en annen forsker (Thagaard, 2018, s. 187). I kvalitative studier vil det være vanskelig å stille slike krav, da interne forhold som intervjueren, intervjupersonen, tidsrommet, omstendighetene, læring fra første intervjuet og subjektive tolkninger vil kunne innvirke på forskningsresultatene (Postholm, 2010, s. 169). Det vil dermed være vanskelig å etterprøve resultatene, noe som heller ikke er målet ved kvalitativ forskning (Dalen, 2011, s. 92-93). For å styrke reliabiliteten i kvalitativ forskning, er det derfor viktig å gjøre forskningsprosjektet gjennomiktig (Silverman, 2014, s. 84). Gjennomiktighet, eller transparens, handler om å vise eksplisitt hvilken forskningsstrategi og analysemetode som er benyttet (Thagaard, 2018, s. 188; Tjora, 2017, s. 248). På den måten kan man skape troverdighet ved at utenforstående kan vurdere forskningsprosessen trinn for trinn (Thagaard, 2018, s. 188). For å oppnå gjennomiktighet i prosjektet mitt har jeg, jamført Seale (2007, s. 383-384), redegjort for hva som er rådata fra intervjupersonene og hva som er mine tolkninger av utsagnene. Ved bruk av opptaksutstyr har jeg fremstilt direkte sitater slik intervjupersonene la det frem og brukt hele dialoger mellom meg og intervjupersonen. Dette har styrket påliteligheten i prosjektet da intervjupersonens «stemme» ble presentert, i tillegg til at leseren har fått en forståelse for hvordan meningen har blitt generert intersubjektivt (Tjora, 2017, s. 237). I tillegg har jeg forsøkt å synliggjøre min fremgangsmåte, begrunne mine metodiske valg og utdype mitt teoretiske ståsted og analyse, som igjen vil representere grunnlaget for mine tolkninger og forskningens resultat.

Ifølge Postholm (2010, s. 170) kan reliabiliteten i fenomenologiske forskningsintervjuer trues av tre faktorer. For det første kan intervjupersonene oppleve temaene som sensitive og ubehagelige, og kan dermed være uvillige til å svare på spørsmålene (Postholm, 2010, s. 170). Intervjuguiden i prosjektet har derfor blitt utarbeidet i hensikt om å utelate tyngende og sensitive spørsmål i størst mulig grad (Postholm, 2010, s. 170). Videre kan påliteligheten reduseres i situasjoner der intervjueren og deltakeren



benytter språk og begreper på ulike måter (Postholm, 2010, s. 170), eller hvis deltakerne tilpasser måten de ordlegger og uttrykker seg på etter hvordan spørsmålene blir stilt (Fangen, 2010, s. 96). For å unngå dette laget jeg to individuelle intervjuguiden til gruppene, hvor spørsmålsformuleringene til ansatte var preget av fagspråk (vedlegg 1), mens spørsmålene til pasientgruppen var utarbeidet med fokus på dagligdagse formuleringer (vedlegg 2). Den siste reliabilitetsutfordringen Postholm (2010, s. 170) peker på, er behovet for en positiv selvrepresentasjon hos intervjupersonen. Det ble stilt spørsmål til deltakerne om deres forhold til, erfaring med og refleksjoner rundt fysisk aktivitet. Selv om intervjupersonene hadde et negativt forhold til eller syn på fysisk aktivitet, kan det hende de ønsket å fremstille seg på et gunstig vis og oppfattes som positive til fysisk aktivitet. Det var dermed viktig at jeg som forsker unngikk å stille ledende spørsmål, lot intervjupersonene snakke fritt og unngå at egne synspunkter og verdier preget situasjonen i intervjuet (Silverman, 2013, s. 206-207; Thagaard, 2018, s. 108). Dette gjenspeiles også i intervjuene, da de tok flere ulike retninger avhengig av intervjupersonens subjektive tanker, opplevelser og erfaringer rundt fenomenet.

Det kan også stilles spørsmål til hvorvidt transkripsjonen av intervjuet blir gjengitt på korrekt måte. Refleksjoner rundt ansiktsuttrykk, kroppsspråk, hendelser og situasjoner under intervjuet ble notert ned underveis, og intervjuene ble transkribert umiddelbart etter at de ble gjennomført. For å sikre at alt som ble sagt ble transkribert ordrett, hørte jeg gjennom lydopptaket flere ganger, i ulike hastigheter. Godt forarbeid og flere tester av lyd kvaliteten resulterte i høy kvalitet på opptakene. Det er likevel viktig å poengtere at det kun var jeg som intervjuet deltakerne og transkriberte intervjuene. Dette kan svekke reliabiliteten i forskningen, da det er fordelaktig at flere forskere samarbeider i denne prosessen, slik at en kritisk evaluering av prosjektets gjennomføring fremkommer (Thagaard, 2018, s. 188). Likevel vil man unngå å miste verdifull informasjon når intervjueren selv er med på transkriberingen (Tjora, 2017, s. 175), i tillegg til at forskeren utvikler en spesiell nærhet til det empiriske materialet, som senere kan styrke analyseprosessen (Dalen, 2011, s. 58).

#### **4.6.3 Overførbarhet**

Overførbarhet handler om hvorvidt resultatene kan overføres til andre deltakere, sammenhenger og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289). Det er derfor benyttet en analytisk generalisering i prosjektet, hvor funnene kan brukes som en

veiviser for hva som kan forekomme i andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 291). Gjennom fyldige kontekstuelle beskrivelser av de gjennomførte intervjuene, enhetene og hendelsene, kan leserne selv vurdere om resultatene kan overføres til en ny kontekst, kjent som leserbasert analytisk generalisering (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 291). Samtlige av deltakerne var tilknyttet samme avdeling på DPSen, og det kan dermed tenkes at omstendighetene var spesielle for nettopp dette tilbudet. Utvalgets alder, kjønn, diagnose, utdanning, stillingstittel og bakgrunn kan også være faktorer av betydning for det empiriske grunnlaget i forskningsprosjektet. Ifølge Thagaard (2018, s. 195) er utvalget et sentralt aspekt i diskusjonen om overførbarhet i en studie. Med tanke på at det var et lite utvalg hentet fra kun et DPS, er det vanskelig å kunne overføre funnene i prosjektet til en større populasjon. Likevel kan resultatene være rettleidende for hvordan fysisk aktivitet kan tilrettelegges og brukes ved andre DPS. Gjennom fokus på transparens og refleksivitet i forskningen kan leserne, forskere og andre knyttet til feltet vurdere om resultatene fra dette prosjektet kan være av betydning for deres situasjon.

#### **4.6.4 Forskerens posisjon og forståelse**

I henhold til Postholm (2010, s. 127) er forskeren det viktigste instrumentet i kvalitativ forskning, og spørsmålet er dermed ikke om forskeren påvirker forskningsprosessen, men *hvordan* (Malterud, 2011, s. 37). Ved å synliggjøre erfaringsbakgrunn, interesseområde og paradigmatisk- og teoretisk ståsted, vil leseren enklere forstå forskerens perspektiver og betraktninger i prosjektet (Postholm, 2010, s. 127). Jeg er en norsk kvinne i midten av 20-årene, og masterstudent i idrettsmedisinske fag ved Norges idrettshøgskole. Fysisk aktivitet og trening har alltid vært en stor del av livet mitt, og jeg har derfor en stor interesse og engasjement for tematikken. Etter snart seks år med studier innen fysisk aktivitet, helse og pedagogikk har jeg opparbeidet en faglig bakgrunn rundt de aktuelle temaene i prosjektet. Videre arbeider jeg som miljøterapeut i en bolig for mennesker med psykiske lidelser og rusutfordringer, i tillegg til å være støttekontakt for en person med en psykisk lidelse. Basert på både erfaring og forskningsevidens har jeg stor tro på at fysisk aktivitet er hensiktsmessig i et forebygging- og behandlingsperspektiv for fysiske og psykiske sykdommer. Som forsker er jeg dermed preget av tidligere erfaringer fra privatliv og arbeidsliv, dette i kombinasjon med faglig bakgrunn og faglitteratur på området. Det er vanskelig å angi i hvilken grad min subjektivitet har påvirket forskningsprosjektet. Ved å synliggjøre min

forforståelse og verdistandpunkt lar jeg tolkning og vurdering av min påvirkning på kunnskapsutviklingen stå åpen (Dalland, 2017, s. 58-59). Likevel har jeg i forkant av prosjektet lagt noen føringer for å redusere subjektivitet i forskerrollen min. Jamført Dalen (2011, s. 95) har jeg i alle faser av forskningsprosessen alliert meg med veileder og medstudenter for å sikre flere blikk på materialet, analysene og den endelige fremstillingen av dem. I tillegg har jeg fulgt Malterud (2011, s. 41) sin anbefaling om å utarbeide et dokument som inkluderer en konsentrert versjon om min forforståelse, erfaring, posisjon, faglige perspektiv og ståsted i forkant av prosjektet. Dette dokumentet har vært et nyttig verktøy gjennom forskningsprosessen, og forståelsen min har gjennomgående blitt utfordret og komplettert med den levende kunnskapen fra empirien (Malterud, 2011, s. 42). I faglitteraturen er en slik fremgangsmåte, hvor man reflekterer rundt og bevisstgjør egen subjektivitet, kjent som en refleksivitetsprosess (Lincoln & Guba, 2000, s. 183). Den kontinuerlige refleksivitetsprosessen gjennom prosjektet har gitt meg ny innsikt og kunnskap på feltet, gitt de empiriske dataene en analytisk fortolkning og har vært et gjennomgående sentralt element i utformingen av prosjektet.

#### **4.7 Metodiske refleksjoner**

Som tidligere nevnt er intervjueren selve forskningsinstrumentet i kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 195), og intervjueren vil dermed være en avgjørende faktor for forskningens kvalitet. Jeg hadde få forkunnskaper om kvalitativ metode før prosjektets oppstart, og hadde heller ingen erfaring med bruk av intervju i forskningssammenheng. Dermed måtte jeg forberede meg ekstra godt gjennom flere pilotintervjuer. I tillegg tenkte jeg gjennom ulike aspekter og hendelser som kunne forekomme under intervjuene. Det jeg likevel ikke var forberedt på var egne følelsesmessige reaksjoner som kunne oppstå underveis og etter intervjuene. I det ene intervjuet kom det tidlig frem traumatiske hendelser for pasienten, om voldtekt og omsorgssvikt fra barneårene. Dette var veldig sterkt å høre på, og det var vanskelig å ikke blande rollene som intervjuer og rådgiver. Det var også utfordrende å styre intervjuet videre da jeg egentlig ønsket å vise empati og lytte til det intervjupersonen hadde å fortelle. På grunn av et fastsatt tidsaspekt på intervjuene til pasientene var det nødvendig å avbryte intervjupersonen og gå videre til selve forskningstematikken. Under flere av intervjuene måtte slike beslutninger tas, noe jeg opplevde som vanskelig og som strider med egne, personlige verdier. En annen utfordring som oppsto under

intervjuene, var motstridende svar fra noen av intervjupersonene. I slike tilfeller var jeg nødt til å stille oppfølgingsspørsmål for å teste påliteligheten og gyldigheten av intervjupersonens utsagn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 196).

## **4.8 Ethiske hensyn**

Samfunnet stiller krav til at alt vitenskapelig arbeid skal reguleres av etiske prinsipper som er forankret gjennom føringer, retningslinjer og lover (Dalen, 2011, s. 100). Formålet med forskningsetiske retningslinjer er å etablere etisk god og ansvarlig forskningspraksis, noe som krever at prosjekter gjennomføres forsvarlig i henhold til datainnhenting, databehandling og oppbevaring (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018). Det er innhentet forhåndsgodkjenning hos Norsk Senter for Datainnsamling (NSD)(vedlegg 4). Grunnet usikkerhet om prosjektet falt innenfor eller utenfor helseforskningsloven ble det søkt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om en fremleggelsesvurdering (vedlegg 5). Der konkluderte de med at forskningsprosjektet falt utenfor helseforskningsloven. Prosjektet ble derfor søkt og godkjent av NIHs etiske komite (vedlegg 6). Kvale og Brinkmann (2015, s. 110) retter videre fokus mot fire usikkerhetsområder ved etiske retningslinjer, nemlig informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle.

### **4.8.1 Informert samtykke**

Informert samtykke handler om at forskningsdeltakerne får nødvendig og tilstrekkelig informasjon om prosjektet og hva det innebærer å delta i forskningen (Postholm, 2010, s. 152). Ledelsen ved enheten ga ut skriftlig informasjon om prosjektet gjennom et informasjonsskriv utarbeidet i henhold til NSD sine retningslinjer (vedlegg 3) til potensielle deltakere. I informasjonsskrivet presiseres hensikten med prosjektet, hva deltakelse innebærer, at deltakelse er frivillig og at deltakerne har rett til å trekke sitt samtykke og avbryte sin deltakelse i studien til enhver tid uten å oppgi grunn. Det var de ansatte ved DPSet som vurderte hvilke pasienter som var aktuelle for deltakelse i prosjektet, og dermed ble ikke jeg koblet inn før deltakernes samtykke forelå. For å kunne delta i forskningen måtte det gis et skriftlig samtykke gjennom samtykkeerklæringen (vedlegg 3), som er basert på frivillighet. Samtlige deltakere skrev under på samtykkeerklæring. Det ble innhentet opplysninger om alder, kjønn, utdanning, stillingstittel og diagnose etter samtykke fra deltakerne, da dette ble ansett å være relevant informasjon for oppgaven.

### **4.8.2 Konfidensialitet**

Konfidensialitet i forskning referer til at det kun er forskeren som vet hvem som deltar i undersøkelsen (Kaiser, 2012, s. 457). I prosjektet er all informasjon behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. Ved identifiserte utdrag fra empirien er det etter anbefaling fra Thagaard (2018, s. 201) benyttet pseudonymer. En kode knytter deltakerne til deres opplysninger, lydopptak og transkripsjon gjennom en navneliste, og blir på den måten aidentifisert. Det er kun undertegnede og veileder som har hatt tilgang til denne navnelisten. Listen har blitt oppbevart innelåst på prosjektleders arbeidsplass. Aidentifisert materiale har blitt oppbevart på passordbelagt datamaskin. Kodenummer ble plassert i safe, mens dokumentet ble oppbevart på passordbelagt område på veilederens kontor på NIH sin server. Lydopptakene ble slettet rett etter transkriberingen. Kodenummer, samtykkeerklæringene og det aidentifiserte, transkriberte materialet slettes umiddelbart når prosjektet er godkjent, senest januar 2022.

### **4.8.3 Konsekvenser**

Forskningen inkluderte deltakere som allerede var i en sårbar situasjon, og det var dermed viktig å tilrettelegge for at forskningen fikk minst mulig konsekvenser for pasientene. For å sikre at deltakerne var innforstått med hva deltakelse i prosjektet innebar, ble det gitt både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Forskeren bør også være bevisst på at den åpenheten og nærheten som skapes i forskningsintervju kan være uheldig for deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). Derfor ble intervjuguiden grundig utarbeidet i samarbeid med veileder, hvor det i hovedsak ble tilrettelagt for enkle og brede spørsmål knyttet til fysisk aktivitet. Det er forsøkt å unngå personlige spørsmål som kan være vanskelig for deltakerne å besvare eller som de angrep på at de besvarte i ettertid (Thagaard, 2018, s. 113). Jeg informerte også deltakerne om at hvis det skulle oppstå noen vanskeligheter ved deltakelse i prosjektet var det bare å kontakte meg, min veileder eller søke hjelp hos de ansatte ved institusjonen, slik at de ble ivaretatt både under og etter prosjektet ved behov. Jeg har tilstrebet en etisk forsvarlig forskningspraksis gjennom hele prosjektet, og på den måten kan jeg i større grad beskytte deltakerne mot uheldige konsekvenser av å delta i forskningen (Thagaard, 2018, s. 210).

#### **4.8.4 Forskerens rolle**

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 108) er forskerens integritet avgjørende for de etiske beslutninger som tas i kvalitativ forskning. For å sikre vitenskapelig kvalitet på kunnskapen som fremlegges i dette forskningsprosjektet, har jeg tilstrebet gjennomsiktighet i forskningsprosedyrene og prosjektet som helhet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). En etisk utfordring man som forsker står ovenfor er skjæringspunktet mellom den forpliktelsen forskeren har til forskningens troverdighet og det ansvaret forskeren har for deltakerne i prosjektet (Marshall & Rossman, 2014, s. 50-51). Jeg har derfor gjennomgående fremstilt rådata fra intervjupersonene gjennom siteringer (Seale, 2007, s. 383-384). I tillegg er spesielle hendelser og fortellinger som gjør at deltakerne kan bli gjenkjent, ekskludert fra oppgaven. Dette for å sikre anonymitet og for å unngå negative konsekvenser av forskningen for de involverte (Thagaard, 2018, s. 201). Forskere som er i tilknytning eller i et avhengighetsforhold til andre personer eller institusjoner kan også påvirke forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Det er derfor viktig å opplyse om at det ikke er noen form for finansieringskilder eller avhengighetsforhold knyttet til forskningsprosjektet, og opplysningene som fremkommer vil kun bli benyttet til prosjektets formål.

## 5. Resultater

### 5.1 Introduksjon av utvalget og enheten

Det empiriske materialet er utviklet gjennom intervjuer med fem deltakere, bestående av to pasienter og tre ansatte fra dagbehandlingstilbudet. Utvalget bestod av fire kvinner og en mann, og deltakerne var i aldersgruppen 36-65 år. Det var stor variasjon i yrkestitler og diagnoser. Beskrivelse av utvalg 1 (ansatte) er presentert i tabell 1, mens utvalg 2 (pasienter) er beskrevet i tabell 2.

Tabell 2. Beskrivelse av utvalg 1 (ansatte)

Navn (pseudonym)	Kjønn	Alder	Arbeidstittel	Erfaringer med fysisk aktivitet
Cathrine	Kvinne	43 år	Psykolog-spesialist	Løping og styrketrening i i voksen alder
Marit	Kvinne	65 år	Aktivitor m/ videre-utdanning i psykiatri	Vokst opp med å gåturer i naturen og daglig aktivitet. Begynt på treningssenter i voksen alder, samt yoga.
Simon	Mann	36 år	Fysioterapeut	Svømming, tennis, styrketrening og gåturer.

Tabell 3. Beskrivelse av utvalg 2 (pasienter)

Navn (pseudonym)	Kjønn	Alder	Diagnoser etter ICD-10	Erfaringer med fysisk aktivitet
Kamilla	Kvinne	47 år	Depresjon, angstlidelse	Friidrett, slalom, snowboard, gåturer og fjellklatring.
Siri	Kvinne	42 år	Kompleks PTSD, emosjonell ustabil personlighets- forstyrrelse	Håndball, løping og styrketrening på treningscenter.

Det aktuelle DPSet er organisert med flere behandlingstilbud, inkluderende dagbehandling, døgnbehandling, poliklinisk behandling og ambulant virksomhet. Dagbehandlingen ved DPSet ligger under seksjonen for dag- og døgnbehandling med FACT. Tilbudet er organisert som gruppebasert behandling over en periode på åtte uker, med undervisning og strukturert program fire dager i uka. Ved å takke ja til tilbudet, forplikter en seg til å delta minimum to dager i uka. Tilbudet består av morgensamling, arbeid med terapiformen ACT, fysisk aktivitet, uttrykksterapi, tematid, behandlingssamtaler og individuelle samtaler. Fysisk aktivitet er forankret i tilbudet, hvor det er en fast turdag på onsdager og én time med utvidet oppmerksomhetstrening på tirsdager. På turdagen er det fokus på friluftsliv, tilpasset fysisk aktivitet, oppmerksomt nærvær, sosialisering, eksponeringsterapi og opplevelse av mestring. Formålet med utvidet oppmerksomhetstrening er selvregulering av helse og livskvalitet hvor hovedfokuset er på oppmerksomt nærvær.

Det empiriske materialet er utviklet fra erfaringer hos pasienter og ansatte ved dagbehandlingen, da det var denne enheten som var tilgjengelig. De ansatte ved dagbehandlingen jobber også på eller har god kjennskap til døgnbehandling, og det var dermed naturlig for intervjupersonene å snakke om begge behandlingstilbudene. Det er derfor viktig å presisere at denne oppgaven ser på DPSet som en helhetlig institusjon,



hvor både dag- og døgnbehandlingen vil bli belyst. Det første temaet som presenteres i denne resultatdelen er i hovedsak rettet mot dagbehandlingstilbudet, hvorav de to resterende temaene omhandler DPSet som helhet.

Analysen av datamaterialet resulterte i 416 koder, som dannet grunnlaget for resten av analysen. Disse kodene resulterte i 28 kategorier, ni subtemaer og tre globale temaer. De globale temaene for oppgaven er 1) deltakernes opplevelser av fysisk aktivitet, 2) kollegiets problemforståelse og 3) institusjonelle rammer.

## **5.2 Deltakernes opplevelser av fysisk aktivitet**

I denne delen av analysen skal jeg presentere deltakernes opplevelser, erfaringer og syn knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet. Jeg vil gjennomgående benytte uniforme begreper for pasienter og ansatte, selv om det er ulike typer erfaringer og opplevelser som fremkommer hos disse gruppene. Eksempelvis er pasientene deltakere i aktivitetstilbudet, mens de ansatte benytter og gjennomfører fysisk aktivitet som tiltak. Herunder beskrives både opplevde effekter og nytteverdi av fysisk aktivitet, utfordringer og barrierer knyttet til deltakelse i fysisk aktivitet og faktorer av betydning for videre opprettholdelse av fysisk aktivitet.

### **5.2.1 «Bare sånne plusser hele veien»**

Til tross for ulik erfaringsbakgrunn med fysisk aktivitet, opplever samtlige deltakere nytteverdi av fysisk aktivitet. Det er tydelig at deltakerne mener at fysisk aktivitet har god innvirkning på deres helse gjennom en rekke ulike virkningsmekanismer. Pasientene opplever fysiske virkninger som bedre funksjon og form ved fysisk aktivitet, blant annet gjennom økt utholdenhet, bevegelighet, styrke og energioverskudd:

*«Det gir meg energi og jeg blir lettere til sinns. Jeg får bedre bevegelighet i kroppen der og da, og bedre styrke i kroppen» (P - Kamilla).*

I likhet med fysiske fordeler, erfarer deltakerne også ulike positive psykiske virkninger av fysisk aktivitet. En viktig mekanisme ved fysisk aktivitet er det faktum at pasientene får utnytte egne ressurser og samtidig gjøre en innsats for seg selv:

*«Selv om dørstokkmila er veldig lang, så vet jeg at når jeg trener så får jeg god samvittighet og jeg føler meg bedre av å gjøre det. Det er liksom det at jeg har klart å komme meg på trening og har gjort en innsats for meg selv» (P - Siri).*

Pasientene opplever også at fysisk aktivitet gir distraksjon fra negative tanker og følelser ved å skifte fokus til nye og givende inntrykk gjennom tilstedeværelse. Kamilla (P) beskriver denne tilstedeværelsen både indirekte og direkte:

*«Det var jeg som hadde lyst til å gå dit, for sist jeg var her på sommeren var det så grønt og vakkert der. Nå var det liksom en helt annen årstid, det var flott likevel, men det var så nakent på sidene så du kunne se mer bebyggelse.»*

*«Jeg er veldig flink til å se naturen, farger, lukter, lyder og alt mulig sånn. Så jeg observerer det når jeg ute, så der og da kan vonde tanker og depresjon bli litt mer i bakgrunnen. For det å være til stede er en utfordring for meg, men akkurat når jeg er ute i naturen er det litt lettere å være tilstede. Men sånn ellers har jeg veldig indre uro, tankespinn og mister fort fokus når vi driver med ting.»*

Kamilla (P) kommer med kraftfulle beskrivelser av hvordan tilstedeværelse under fysisk aktivitet reduserer hennes sykdomssymptomer. Siri (P) opplever en liknende effekt av tilstedeværelse gjennom deltakelse på utvidet oppmerksomhetstrening:

*«I begynnelsen tenkte jeg hva er dette for noe svada, men så har jeg merket hva det faktisk gjør da. Jeg åpner liksom sansene og jeg merker at det gjør meg roligere. Og jeg har lært meg hvor viktig det faktisk er å være til stede, og det høres jo så klisje ut at det er til å kaste opp av, men det er veldig, veldig viktig.»*

De ansatte fremhever også tilstedeværelse som en sentral faktor ved fysisk aktivitet, og forsøker derfor å aktivt tilrettelegge for dette:

*«Jeg oppfordrer ofte pasientene til å fokusere på her og nå, kanskje noen fokuserer på pusten, noen på ytre faktorer, kjenne på temperaturen, på luften, på sola som skinner og på trærne, alt dette» (A - Simon).*

Andre fremtredende psykologiske effekter begge grupper erfarer i møtet med fysisk aktivitet er mestringsopplevelse, motivasjon, selvtillit, velvære, positiv utvikling og redusert medisin- og rusmiddelbruk. I tillegg er fysisk aktivitet et viktig verktøy for å begrense sykdomssymptomer og bedre den psykiske helsetilstanden. For Kamilla (P) som i lang tid har vært deprimert og følt på manglende mening med livet, er fysisk aktivitet et viktig element for å mestre sykdommens konsekvenser:

*«Det gir meg energi og jeg blir lettere til sinns. Det kan hjelpe meg til å se litt lysere på livet når det er veldig tungt. Selv om det er dager jeg egentlig ikke har lyst eller ork til å komme meg ut, så merker jeg at når jeg klarer å få det til så ser jeg lyst på ting.»*

I tillegg til fysiske og psykiske effekter blir det også beskrevet flere sosiale virkninger som følge av fysisk aktivitet. Både pasienter og ansatte opplever at fysisk aktivitet bidrar til sosialisering gjennom å være en del av et fellesskap og aktivt delta i nye dialoger og samtaler:

*«De du omgås med på sånne turer er jo viktig, at man har det hyggelig sammen, kommuniserer godt sammen, deler ting sammen, ler sammen og kan drømme om ting sammen. Og det husker jeg sist jeg var her også, da var vi jo flere og det var ingen begrensninger på noen måte, så da satt vi mange sammen og det var kjempeflott. Vi (pasienter og personal) hadde det så hyggelig sammen og lo hele tiden nesten, så det var kjempekoselig» (P - Kamilla).*

*«Du hører og ser pasienter som får en god dialog med hverandre som du kanskje ikke har sett har pratet noe sammen før. Og hva den ene kan tilføre den andre med erfaringer og egne opplevelser, for da får den andre kanskje lyst til å prøve ut ting og blir litt nysgjerrig på det vedkommende sier» (A - Marit).*

For Siri er det sosiale aspektet ved fysisk aktivitet særlig viktig for å møte opp til faste avtaler, som igjen fører til mer regelmessig trening. Siri (P) er ikke så opptatt av selve fellesskapet, men opplever at fellesskap gir større utbytte av treningen:

*«Det er klart at hvis man har gjort en avtale så er det selvfølgelig vanskeligere å bryte den enn om man bare har gjort en avtale med deg selv. (...) Vi (hun og en venninne) trente litt intervaller på mølla sammen, så det var litt mer givende og du pressa deg litt mer for du ville løpe fortere enn den andre eller ha høyere turtall».*

Gjennom fysisk aktivitet, særlig ved utendørsaktiviteter, opplever de ansatte også at skillene mellom pasienter og personale blir mer visket ut:

*«Så når man kommer nettopp ut, da blir det mye mer uformelt. Praten blir på en helt annen måte, sånn i forhold til personale og pasienter også. Vi har andre omgivelser, vi omgir oss med andre mennesker ofte, vi blir på en måte mer likeverdige» (A - Marit).*

Kamilla (P), som selv har erfart både kroppslige, psykiske og sosiale fordeler ved fysisk aktivitet, oppsummerer fysisk aktivitet slik:

*«Så det er jo egentlig bare sånne plusser hele veien.»*

### 5.2.2 «Det finnes et flust av utfordringer»

Selv om deltakerne opplever en rekke positive virkninger av fysisk aktivitet, belyser deltakerne også flere utfordringer i møte med fysisk aktivitet. Ifølge de ansatte er det ikke så mange fysiske utfordringer hos pasientgruppen, derimot er det indre faktorer som begrenser pasientene fra å være fysisk aktive:

*«Det er ikke så mye det kroppslige, fysikken eller at de er redd for at de blir slitne, det er mest de tingene om hva andre kan se eller komme til å se hvis du er med på et eller annet» (A - Marit).*

Det samme beskriver Siri (P), som på sin side opplever økonomiske utfordringer og konsekvenser av sykdommen som hindringer for deltakelse i fysisk aktivitet:

*«Jeg har ingen kroppslige utfordringer som gjør at jeg ikke kan trene, men det er jo hovedsakelig det med økonomi og at jeg sliter oppe i toppetasjen, som gjør at man gjerne fusker litt unna».*

I tråd med det Siri henviser til, så fremhever flere av de ansatte at de største barrierene for deltakelse i fysisk aktivitet er opplevde sykdomssymptomer, som tankekaos, grubling, påvirkning av stemmer, energiunderskudd og nedstemthet. I tillegg opplever både ansatte og pasienter at dårlig samvittighet utgjør en utfordring for gjennomføring av fysisk aktivitet:

*«Også er det litt sånn, ja her går jeg, men jeg burde ha løpt (eksempel på kommentar fra pasient). De er jo gjennomgående veldig kritiske og negative til seg selv» (A- Cathrine).*

*«Også er det disse tankene om at man skulle og burde som gir så dårlig samvittighet, så til slutt blir det en negativ nedgående spiral som gjør at du setter på bremsen, går i de negative tankene dine og blir demotivert» (P - Siri).*

Det er også begrensende faktorer relatert til sosiale aspekter ved fysisk aktivitet. Kamilla (P) som opplevde å være i bedre fysisk form før, bekymrer seg for at andre må ta hensyn til henne. Hun opplever derfor at fysisk aktivitet i en sosial sammenheng er vanskeligere nå enn tidligere:

*«Ja, for da begynner jeg å tenke på hva de tenker om meg. Og jeg føler meg dum når jeg sliter med det, men jeg tror jo det er mer mine tanker som galopperer av gårde.»*

Avslutningsvis forklarer Cathrine (A) at hver diagnosegruppe har sine utfordringer når det kommer til fysisk aktivitet:

*«Så det finnes et flust av utfordringer i forhold til fysisk aktivitet.»*

### **5.2.3 «En jobb jeg må gjøre selv»**

Pasientene forteller om flere sentrale faktorer av betydning for at de skal fortsette å være fysisk aktive. I materialet kommer det frem ulike aspekter og motiver som har innvirkning på deres deltakelse i fysisk aktivitet med store individuelle forskjeller. Kamilla opplever at tidligere erfaringer og opplevelser, sammen med de positive virkningene av fysisk aktivitet, er det som motiverer henne for videre aktivitet. I tillegg spiller de ansatte ved enheten en viktig rolle for hennes motivasjon for fysisk aktivitet. Siri (P) derimot opplever ikke at personalet er av betydning for hennes motivasjon, men at videre opprettholdelse av aktivitet er avhengig av at hun tar i bruk egne ressurser:

*«Nei, jeg kan ikke si det (at personal har innvirkning på hennes motivasjon). Ikke akkurat på treningsbiten i hvert fall, hverken positivt eller negativt egentlig. Det er nok en jobb jeg selv må gjøre, det er nok en jobb jeg må ta opp i mitt eget hode rett og slett. Det med at jeg nå har begynt å jobbe med verdier, målsetninger og verdifulle forpliktelser du setter deg for deg selv.»*

Kamilla trekker frem valgmuligheter og medbestemmelse som en motiverende faktor for deltakelse i fysisk aktivitet. Begge pasientene opplever at det er rom for å drøfte og komme med innspill til aktivitetsopplegg ved DPSet, og at personalet setter pris på forslagene:

*«De er veldig flinke til å spørre om hva vi kunne tenke oss. Og det husker jeg fra sist også, de lar oss få være med å bestemme og drøfte, i hvert fall har jeg inntrykk av det» (P - Kamilla).*

Siri (P), som tidligere har fremmet forslag om å ha oppmerksomhetstrening på slutten av dagen også, synes det er givende å kunne bidra med innspill:

*«Det synes de ansatte var en veldig god ide og at det er noe de tenker de skal se på. Så det var hyggelig at jeg kunne komme med noe konstruktivt og noe nyttig.»*

Likevel opplever Siri (P) ved flere anledninger at det kan være bekvemt å inneha en mer passiv rolle i forbindelse med organisering og valg av aktivitetsform, og at hun heller foretrekker å avstå fra enkeltaktiviteter hun ikke har interesse av å delta på:

*«Noen ganger så er det litt greit å slippe å være den som skal være med å planlegge også, at løpet liksom er satt opp. Også kan man heller ytre mening om at dette ikke er noe for meg og da få lov til å slippe for eksempel den forferdelige turdagen»).*

Personalet er også opptatt av pasientenes rett til medbestemmelse og aktiv deltakelse i utforming av opplegg for fysisk aktivitet. De ønsker at pasientene etterspør aktiviteter og er bidragsytere i utforming, planlegging og tilrettelegging av tilbudet. De ansatte forteller at før Covid-19 var pasientene alltid delaktige i forberedelsene før turer, med alt fra pakking av sekk til forberedelse av felles lunsj ute. Nå opplever de større begrensninger, men tilrettelegger for at pasientene fortsatt kan være med i utformingen av turdagene, hvor de blant annet velger intensitet, lengde og terreng. Personalet opplever at medbestemmelse er positivt for pasientene, hvor de både får kjenne på en grad av kontroll og mestring, men også får nye, meningsfulle erfaringer:

*«Den turdagen er veldig fin og den er de med å planlegge selv, både hvor de skal gå i nærmiljøet og hvor utfordrende det skal være. For eksempel om det skal være bratt eller ikke. Og det er mitt inntrykk at de liker veldig godt å være med å styre det og få en grad av kontroll» (A - Cathrine).*

*«Det var mange som synes det var meningsfullt, det var nye erfaringer. De opplevde det stort sett som, selvfølgelig unntak der også, men som veldig meningsfylt å kunne være en del av et fellesskap, og må planlegge og så utføre noe» (A - Marit).*

### **5.3 Kollegiets problemforståelse**

Denne delen av analysen retter fokuset mot kollegiets opplevde utfordringer knyttet til implementering av fysisk aktivitet, med hovedvekt på samhandling innad i personalgruppen, eksisterende ressursfordeling og benyttede verktøy på DPSet.

#### **5.3.1 «Vi diskuterer ikke det»**

Det fremstår som om spørsmålet rundt hvorvidt fysisk aktivitet diskuteres i kollegiet er et følsomt og vanskelig tema å besvare, da samtlige av de ansatte tenker lenge før de velger å uttale seg om tematikken. Det virker som det er ulike oppfatninger av

diskusjonene, hvor noen av de ansatte vektlegger forskjellige synspunkter innad i kollegiet, mens andre ikke opplever noen motsigelser:

*«Jeg opplever ikke noe uenighet, da er det kanskje mer at vi ikke snakker om det» (A - Cathrine).*

Cathrine retter med dette oppmerksomhet mot manglende dialog rundt fysisk aktivitet innad i kollegiet. Simon (A) deler liknende tanker, og uttrykker i den forbindelse at fysisk aktivitet sjeldent drøftes, dette til tross for at samtlige ansatte er kjent med fordelene og viktigheten av det:

*«Vi diskuterer ikke det. (...) Nå sa jeg nei, men det er så vanskelig å si for en gang iblant skjer det at vi drøfter viktigheten av, ringvirkningene og fordelene med å trene eller mosjonere. Som sagt så er alle her klar over fordelene av fysisk aktivitet, men det er ikke alltid sånn at vi tilrettelegger for det».*

Marit opplever også utfordringer som at fysisk aktivitet sjeldent er oppe til diskusjon, sammen med manglende retningslinjer og ulike synspunkter og ståsted innad i kollegiet:

*«Vi har veldig forskjellige synspunkter på det, det har vi. Det at det er så lite klare retningslinjer innad på huset eller på DPSet her om hvor vi skal legge oss i forhold i fysisk aktivitet. Det kan bli sånn at vi har litt forskjellig ståsted, ikke sant!? Men det er veldig sjeldent vi tar opp og snakker om det, absolutt».*

De ulike synspunktene som belyses innad i kollegiet handler i hovedsak om fokuset på fysisk aktivitet skal rettes mot det opplevelsbaserte eller det treningsbaserte:

*«Det er også mange som synes det handler om naturopplevelsen eller felleskapet på tur. Og så er det noen som er veldig på at man bør svette eller få opp pulsen fordi det er noen mer opptatt av» (A - Cathrine).*

Selv om det er ulike meninger om hvordan fysisk aktivitet bør tilrettelegges ved enheten, er det i hovedsak den manglende kommunikasjonen som setter størst preg på de ansatte. Marit (A) synes det er tungt at fysisk aktivitet ikke diskuteres og tas opp i kollegiet, og opplever dette som en demotiverende faktor for videre opprettholdelse av fysisk aktivitet:

*«Og jeg merker jo det at man trenger noen flere rundt seg for å holde entusiasmen oppe hos seg selv for å ha lyst til å fortsette. Det blir kjempe tungt å*

*drive å snakke om det alene eller et par stykker bare, også blir det ikke noe tema på personalmøte eller på noe, og det er litt vanskelig. Da mister du litt piffen».*

Personalet opplever at det har skjedd store endringer knyttet til forståelse, engasjement og motivasjon for fysisk aktivitet hos både personal og ledelse, særlig på døgnbehandlingen. Marit (A) forklarer at det var enklere å motivere for og gjennomføre fysisk aktivitet før, da det var en driftig og engasjert ansattgruppe på DPSet:

*«Sånn som jeg har opplevd det ifra starten av her, så var vi en gruppe på en måte og da lå det veldig i veggene at dette er noe vi brenner for og dette går vi for. Så da var det på en måte mer gjennomsyra i oss alle sammen at dette har vi lyst til å gjøre og dette er viktig. Men i hvert fall den gangen var det alle sammen ut på tur, og vi brukte utrolig mye tid på å motivere pasientene og få de med. Og derfor var det også viktig at flest mulig av personale skulle ut på tur, så da var den en felles holdning. Også endrer det seg hele tiden, nå tenker jeg i forhold til personale og i forhold til de som leder avdelingen. Selv om vi har det liggende at fysisk aktivitet er veldig bra så handler det så veldig mye om personalet, både hvilken interesse jeg har av det, hvor mye tror jeg på det selv og hvor mye jeg greier å motivere til det.»*

I tillegg opplever Marit at det er mer naturlig å ta opp og diskutere fysisk aktivitet når personalet deler samme tanker om tematikken:

*«Når flere hadde den forståelsen at det her er noe vi har lyst til å være med på og dra videre, og vi ser nødvendigheten og viktigheten av det, så var det mer en naturlig prat.»*

Samtlige av de ansatte opplever at nåværende aktivitetstilbud er avhengig personalets motivasjon, forståelse og egen erfaring:

*«Men det (fysisk aktivitet) også blir litt mer sporadisk i forhold til personale da, i og med vi ikke har noe driftig gruppe gående. Det med ansatte har jo veldig mye å si da» (A - Marit).*

I den forbindelse påpeker Simon (A) at personalet derfor må vurdere å ta mer ansvar og endre holdninger:

*«Det kan godt hende vi alle må skjerpe oss og ikke bare skylde på at pasientene er i dårlig tilstand, men kanskje begynne å lure på om fysisk aktivitet kunne bidra til at pasientene får det bedre. (...) Det er bare en tanke, men det er fort gjort å glemme eller se vekk fra fysisk aktivitet - kanskje delvis gjennom våre egne erfaringer, kanskje det er dårlig vær eller at det ikke passer nå» (A - Simon).*



### 5.3.2 «Lite klarhet i hva jobben går ut på»

En annen utfordring som de ansatte ved enheten vektlegger, er lite klaringer på arbeidsoppgaver og utnytting av eksisterende ressurser. Særlig fremheves det usikkerhet rundt hva stillingen som fysioterapeut går ut på. Simon (A), som på papiret er ansatt som fysioterapeut, definerer stillingen sin som 100% miljøterapeut. Han opplever derfor at det ikke blir tilrettelagt for at han skal jobbe med sitt fagområde på DPSet:

*«Men selv om jeg begynte her for et år siden, ble hilst hjertelig velkommen og de sa at det trengs her, at fysisk aktivitet er en viktig del av behandlingen, så har jeg likevel jobbet et år som miljøterapeut med lite rom for å jobbe som fysioterapeut. (...) Jeg ville definere det som 100%, for da gikk jeg mine vakter og tok de oppgavene som var knyttet til driften på avdelingen – praktiske oppgaver, rapportering, samtaler med pasientene, sosialisering med pasienter og enkelte ganger gå turer med pasienter, ja alt som måtte til.»*

Marit (A) opplever også manglende klargjøringer knyttet til arbeidsfordelingen hos fysioterapeutene som har blitt ansatt gjennom tidene:

*«Også kom den første fysioterapeut som jeg jobbet med og han ble satt inn i en stilling som 50% fysioterapeut og 50% miljøterapeut. Sånn at det forventes at han skal gå i turnus og være en del av miljøpersonalet på døgnavdeling. Og det er klart at det er ikke sikkert at det passer for fysioterapeuten som tenker at han skal få bruke sin utdanning på sin måte, så det har ikke vært helt bra. Så det er litt lite klarhet i hva jobben går ut på som fysioterapeut.»*

De ansatte ser derfor behov for at DPSet fremover etterstreber å utnytte de eksisterende ressursene på best mulig måte, og på den måten tilrettelegger for et godt og helhetlig tilbud rundt fysisk aktivitet for pasientene. Likevel trekkes det også frem andre utfordringer knyttet til arbeidsfordeling, hvor både turnus, total arbeidsmengde og manglende ressurser hos personalet gjør det vanskelig å opprettholde fysisk aktivitet:

*«Jeg er jo den eneste fysioterapeuten på huset, og jeg går også i turnus. Så hvis jeg enkelte dager har fri og enkelte dager har kveldsvakt, så er det vanskelig å ha et fast opplegg i gruppe til et bestemt klokkeslett som er forutsigbart. Hvis jeg ikke er på jobb, så blir det vanskelig å gjennomføre det. Så turnusen kan stoppe litt for at opplegg blir gjennomført. Også er det arbeidsmengden hos personalet og manglende ressurser på en måte» (A - Simon).*

### 5.3.3 «Et verktøy for å samhandle i tråd med pasientens verdier»

Derimot deler personalet en felles forståelse knyttet til betydningen av de mentale verktøyene for å realisere og gjennomføre fysisk aktivitet på dagenheten. Samtlige

opplever ACT som et nyttig og virkningsfullt verktøy for å oppnå meningsfulle endringer i livet, da tilnæringsmetoden baseres på pasienters eget verdigrunnlag og indre motivasjon. De ansatte har et sterkt ønske om at pasientene skal oppleve en langsiktig atferdsendring, og forankre fysisk aktivitet gjennom eget verdigrunnlag. Cathrine (A) forklarer hvordan hun jobber for at pasientene skal oppnå en slik endring:

*«Jeg er jo veldig opptatt av at de selv skal finne ut av det de tror er bra for de. Og få de med på deres egne prosjekt, for da er det mer sannsynlig at det er en langvarig endring.»*

Her snakker Cathrine om betydningen av verdibaserte handlinger. Cathrine er med dette opptatt av at behandlingen skal ha en dypere betydning enn bare å være et forbigående innfall. Hun sier:

*«Sånn at det ikke bare er et pust når de går i behandling, men at dette er noe som er forankret i verdigrunnlaget deres da. Jeg har jo et ønske om at den behandlingen jeg er med på ikke bare skal gi en lindring i øyeblikket, men at de skal ha med seg noe videre.»*

Dette mener Cathrine også gjelder dersom tiltaket er fysisk aktivitet:

*«Og verdigrunnlaget er det å få frem de verdiene, og så bygge den treningen eller fysiske aktiviteten på det igjen.»*

Simon (A) har tilsvarende holdning vedrørende verdiforankring i endringsarbeidet:

*«Det er avgjørende, det er nøkkelen egentlig. Hvis ikke pasienten får eierskap til det vil det bli veldig kortvarig. Man fortsetter kanskje med fysisk aktivitet en uke eller to, eller hvis vi er heldige så kan det bli to måneder, men så er vi tilbake til det gamle mønsteret igjen.»*

Simon er opptatt av at det pasientene blir introdusert for i behandlingen skal være av varig verdi. For å bidra til en langsiktig endring viser han til noen verktøy han benytter i samråd med pasientene:

*«Derfor er det viktig å finne ut hva som er pasientens motivasjon, hva er viktig for deg i livet ditt og hva er dine verdier. Og hvis vi finner ut hva som er viktig for pasienten som individ kan vi knytte fysisk aktivitet som et verktøy til å følge opp og samhandle i tråd med pasientens verdier.»*

For at pasientene skal oppnå en varig atferdsendring er de ansatte opptatt av at pasientene må ta i bruk egne ressurser gjennom verdibaserte og forpliktende handlinger. Likevel forklarer Cathrine (A) at selv om det er pasientene som må gjøre jobben vil personalet heie, støtte og motivere:

*«Jeg skal juble sammen med de, heie på de og støtte de når det går trått, men det er de som gjør jobben og jeg har tro på at den jobben klarer de å gjøre i seg selv. Og på den måten har du en mye mer aktiv tilnærming til tilfriskning enn en sånn passiv fiks meg holdning.»*

Et annet viktig mentalt verktøy som trekkes frem av personalet er kommunikasjon. Marit (A) forklarer at både språk og valg av formuleringer er av betydning i møtet med pasientene:

*«Det går ikke nødvendigvis an å bare spørre pasientene om å bli med. Og samtidig må du være der at du tenker veldig ut ifra pasientens psykiske helse, det handler på en måte om hvordan vi formulerer oss og spør. Så det kan vi jo ikke understreke godt nok, det her med viktigheten av å forstå og kunne psykiatri.»*

Selv om personalet på dagbehandlingen deler samme forståelse for viktigheten av kommunikasjon, samhandling og formidling, er det ulikt hvorvidt dette er et fokusområde i behandlingen ved de ulike enhetene. Simon forteller at kommunikasjonen med pasientene rundt fysisk aktivitet er annerledes på døgnbehandlingen, da det i mindre grad er systematisk tilrettelagt for samtaler, undervisning og rådgiving:

*«På døgnseksjonen er det enten i regi av behandler eller i fokussamtale, og enkelte miljøterapeuter kan drøfte om fysisk aktivitet hadde vært nyttig. Men man drøfter ikke fordelene med det, man snakker ikke om fysisk aktivitet på samme måte, det er ikke undervisning og den type ting.»*

Videre belyser Simon (A) forskjellene mellom enhetene ved å forklare at kommunikasjonen på dagbehandlingen fungerer så godt nettopp fordi det er forankret i selve behandlingstilbudet:

*«Her på dag er det litt annerledes fordi det er fast opplegg som pasientene sier ja til, og det er rett og slett en del av opplegget»*

Slik Simon legger det frem kan det fremstå som om det er sprik mellom enhetene vedrørende hvordan kommunikasjonen foregår og i hvilken grad man inkluderer fysisk aktivitet som tema i møtet med pasientene.

## **5.4 Institusjonelle rammer**

Denne delen av analysen konsentrerer seg om de institusjonelle rammene ved DPSet, med hovedfokus på endringer av det systematiske tilbudet, overordnede utfordringer og forslag til forbedringspotensial.

### **5.4.1 «Alt var så mye bedre før»**

Samtlige deltakere er tilfreds med nåværende tilbud på dagbehandlingen, selv om det ytres at det alltid kunne vært gjort mer. Særlig pasientene er fornøyde med både tilbudet og personalet, og mener det er et godt og variert opplegg med passe mengde, variasjon og type aktiviteter:

*«Det er liksom alt fra den teoretiske undervisningen til uttrykksterapi og tematid, så det blir veldig variert egentlig» (P - Kamilla).*

Simon som arbeider på både dagbehandlingen, døgnenheten og i poliklinikken beskriver dagtilbudet som strukturert og tilstrekkelig:

*«Altså det (dagbehandlingen) er en avdeling hvor man har gode rutiner for å gjennomføre konseptet, hvor hver dag har sitt formål. Så tilbudet på dag tenker jeg er dekket».*

Samtlige av deltakere ser også nytteverdi av dagbehandlingstilbudet. Pasientene som opplever konsekvenser av sykdommen i form av manglende overskudd, isolasjon, skam, vanskeligheter med aksept og manglende mening med livet, ser en rekke fordeler ved deltakelse på dagbehandlingen. Aspekter som økt tilstedeværelse, psykisk og fysisk balanse, ro, aksept og bedre håndtering av den psykiske lidelsen blir nevnt som opplevd utbytte av dagbehandlingen. Kamilla som skammer seg over og har vanskeligheter med å akseptere at hun har blitt ufør opplever en tilhørighet og likeverd på dagbehandlingen:

*«Og det som jeg synes er så godt her at folk forstår deg jo, både ansatte og medpasienter, så du føler deg ikke så dum og annerledes her. Så det er veldig bra.»*

Til tross for at samtlige deltakere opplever dagbehandlingen som tilstrekkelig og nyttig, opplever Marit, som har jobbet ved DPSet over lang tid, store endringer av det systematiske tilbudet på døgnbehandlingen. I den forbindelse trekker Marit frem overordnende forhold som stadig presses inn i psykiatrien:

*«Det er generelt mye kortere liggetid på døgnavdelingen nå. Du får ikke den kontakten med pasientene lenger og kan ikke påvirke og bearbeide slik at de ser hensikten med det. Det er veldig, veldig forståelig også på mange måter at personale ikke ser mulighetene til å gjennomføre fysisk aktivitet. Også oppleves det som at det er andre ting som overtar de tingene der igjen, kan du si. Så både tid og andre ting som skal fokuseres på. Det er veldig mye mer dokumentasjon der, det er inn- og utskrivelser, det er rapporteringer, det er oppfølginger, det skal fylles ut skjemaer. Det er mye mer sånt nå, og bare de siste fem årene så har det endret seg veldig mye altså.»*

Videre forklarer Marit at alle disse overordnede og pålagte oppgavene tar tid og spontanitet fra tilrettelegging for fysisk aktivitet:

*«Og det er stadig sånne ting som vi må oppdatere oss på eller sette oss inn i som er med på å stykke opp dagene våre, så man ikke får noe helhetlig tid til å kunne reise tre timer på tur med pasientene for eksempel. De mulighetene, den spontaniteten, det å finne de gledene eller respondere på et forslag fra en pasient, er liksom ikke til stede lenger.»*

Selv om Simon relativt nylig ble ansatt ved DPSet, deler han samme opplevelser som Marit, hvor han erfarer at det er mye annet arbeid som tar fokuset bort fra fysisk aktivitet:

*«Det kan være utskrivelser den dagen, det kan være utagering en sjelden gang, det kan være innkomst, så det er mye sånne ting som gjør at en ekstraoppgave som fysisk aktivitet kan være vanskelig.»*

Marit opplever at det var mer tilrettelagt for å gjennomføre alt fra utflukter til svømming før i tiden:

*«Altså, vi har jo padla på \*\*\*, hatt rafting med pasienter, det har vært så mye sånne ting. Ja, herlighet vi har klatret innendørs, vi har hatt muligheten til svømming i basseng, vi har vært på overnattingstur på hytter, gått langt, falt i bekker, blitt våte, liksom sånne opplevelser. (...) Det er sikkert feil å si det at alt var så mye bedre før, men samtidig så tror jeg litt på det på mange områder også.»*

#### 5.4.2 «Et av tiltakene som man til slutt kan bli enige om»

Det kommer flere forslag fra begge grupper angående forbedring av behandlingstilbudet. Innspillene fra pasientene handler i hovedsak om forbedringspotensial på individnivå basert på eget utbytte av dagbehandlingen. For Kamilla (P) som elsker å være på tur ytres det et ønske om to turdager i uka, mens Siri (P) som heller foretrekker å trene på treningssenter ønsker at de ansatte snakker mer om fysisk aktivitet og aktivt anbefaler det gjennom et synlig og etablert treningstilbud:

*«Jeg tenker kanskje at DPSet kommunalt sett kunne hatt et tilbud på et av treningssentrene her. At på det treningssenteret kan du trene for en litt rimeligere avgift, for eksempel. Altså at det er et tilbud utenom behandlingen her og at det kan være en ting de aktivt kan anbefale og snakke litt om. For vi vet jo alle det at trening det gjør oss bedre.»*

De ansatte på sin side ser forbedringspotensial på et mer helhetlig og systematisk nivå, hvor det ses behov for å etablere lik praksis vedrørende implementering og gjennomføring av tiltak rundt fysisk aktivitet. Det påpekes også forbedringspotensial knyttet til økt utnyttelse av tilgjengelige ressurser, flere henvisninger til fysioterapeut og større fokus på tverrfaglig samarbeid rundt fysisk aktivitet. Simon som har et stort ønske om å kunne bidra med sitt fagområde, forklarer at han gjerne hadde bistått sine kollegaer dersom han mottok en form for henvisning fra de andre ansatte. Simon trekker derfor frem flere forslag til hvordan overnevnte utfordringene kan imøtekommes:

*«La oss si en gang i uka har vi behandlingsmøte, og det hadde vært fint å bruke den tiden på å gå gjennom alle pasienter og ta opp fysisk aktivitet som et punkt. Altså å ta opp opplegg rundt fysisk aktivitet på behandlingsmøtet, som for eksempel gåturer, møte med fysioterapeuten eller et tiltak som skal gjelde fremover. Eller så kan vi bruke gule lapper til å sende informasjon rundt henvisning til fysioterapi, hvor det formidles om at pasient er i behov for motivasjon til trening eller ønsker gåturer. Altså at man gir klare oppdrag om at pasient trenger trening, at man liksom er litt mer modigere.»*

Videre forklarer Simon at behandlingssamtalene med pasientene i hovedsak er rettet mot temaer som symptomtrykk og medisiner og at det derfor kunne vært hensiktsmessig å sette av tid til samtaler om fysisk aktivitet også:

*«Men det er klart at det er viktig å synliggjøre tilbud om fysisk aktivitet til den enkelte pasienter også. Så et møte kunne vært nyttig for pasienter for å gjøre seg opp noen tanker, ikke bare snakke om symptomer, sykdom og medisiner, men samtidig kanskje snakke med en som har erfaring innen fysisk aktivitet også. Og*

*ta 45 minutter til en time for å snakke om fordeler ved fysisk aktivitet er ikke akkurat øverst på lista. Det kan være et av tiltakene som man til slutt kan bli enige om.»*

Simon understreker også behov for at fysisk aktivitet blir likestilt med andre behandlingsmetoder, samt at pasientene inkluderes mer i eget behandlingsløp:

*«Vi kunne jobbet mer slik at fysisk aktivitet ble mer likestilt som medisiner og samtaler, at fysisk aktivitet på en måte er et krav man stiller til pasientene på en inkluderende måte. Pasientene må nok inkluderes og være klar over hvor viktig det er. Der kan vi ta inn motiverende intervju og ACT, og inkludere pasientenes tanker.»*

De ansatte ønsker også klarhet i hva jobben som fysioterapeut går ut på, samtidig som fysioterapeuten bør få større spillerom til å ta egne beslutninger og avsatt tid til å jobbe med sitt fagområde:

*«Og at den som er fysioterapeut hos oss også får tid til å være fysioterapeut, og ikke blir dratt inn i alle andre oppgaver» (Cathrine).*

*«Men også at fysioterapeuten kanskje får mulighet til å ta egne vurderinger» (Simon).*

Samtlige av de ansatte ser behov for å tilstrebe et fast opplegg med etablerte rutiner for fysisk aktivitet, da de har erfart nødvendigheten av struktur i møte med pasientgruppen:

*«Det er så viktig med de her faste rutinene, du må få bakt det inn i dagsplaner og i ukeplaner: da og da er det sånn, da er det tilbudet, da går vi dit, vi gjør sånn og sånn» (Marit).*

*«Også det med faste avtaler og dagsplan, at vi planlegger at i dag klokken elleve skal vi gå tur og da forholder pasienten seg til dette og går tur. Så det går an å planlegge» (Simon).*

For å etablere faste rutiner for fysisk aktivitet påpeker de ansatte behov for at aktivitetstilbudet ikke sammenfaller på samme tidspunkt som annen behandling:

*«Vi er heller kanskje ikke tydelige nok på at det er den behandlingen du får, og det er ikke noe du skal få istedenfor annen behandling. Det vil si at behandlingssamtalen bør ikke være på den dagen, for enten er du med på tur eller så er det ikke noe som skjer på huset. Takker du nei til det, da er konsekvensene at du bare må være på rommet» (Simon).*

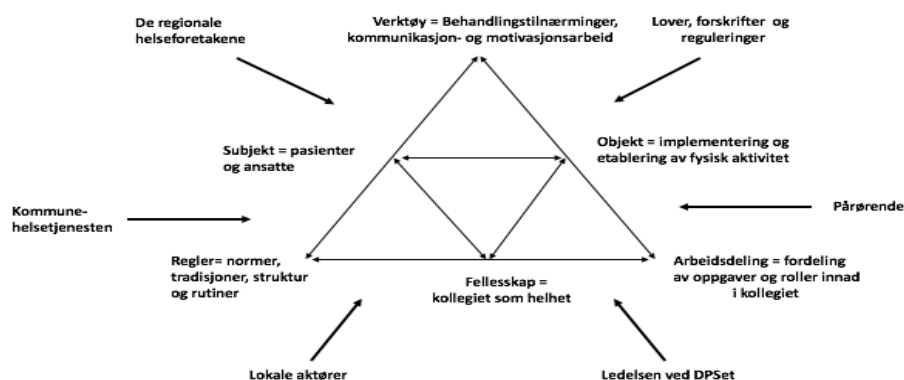
## 6. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg drøfte funn i lys av oppgavens teoretiske ståsted, tidligere forskning, styringsdokumenter, lover og forskrifter, med formål om å besvare studiens forskningsspørsmål:

1. *Hvilke erfaringer har pasienter og ansatte ved distriktpsikiatriske sentre med fysisk aktivitet som behandlingstiltak?*

2. *Hvordan kan disse erfaringene, sett i lys av aktivitetsteori, gi kunnskap om utfordringer og muligheter knyttet til implementering av fysisk aktivitet på individ- og systemnivå?*

For å besvare forskningsspørsmålene er det nødvendig å inkludere både enkeltindividene, arbeidsplassen, institusjonen og systemet som helhet i diskusjonen. I den forbindelse er det sentralt å definere en hensiktsmessig analyseenhet jf. aktivitetsteoriens første prinsipp. Jeg har forsøkt å fremstille kompleksiteten i valgt analyseenhet (figur 5) ved å bevare aktivitetssystemet tilhørende andregenerasjons aktivitetsteori, og samtidig illustrere de samhandlende aktivitetssystemene som påvirker, samarbeider med og legger føringer for DPSet. De samhandlende aktivitetssystemene er kun fremstilt som piler inn mot aktivitetssystemet, da systemenes påvirkning knyttet til implementering og etablering av fysisk aktivitet som behandlingstiltak på DPS vil bli belyst i begrenset grad.



Figur 5. Illustrasjon av valgt analyseenhet.



Valgt analyseenhet (figur 5) har dannet utgangspunkt for diskusjonen av aktivitetsteoriens fire resterende grunnprinsipper; flerstemmighet, historisitet, motsetninger og ekspansiv læring og utvikling.

Det første diskusjonsmomentet, prinsippet om flerstemmighet, har som hensikt å besvare forskningsspørsmål 1 gjennom en drøfting av pasienter og ansatte sine erfaringer med fysisk aktivitet som behandlingstiltak. Dette kapittelet vil dermed ta utgangspunkt i funnene fra «*Bare sånne plusser hele veien*», «*Det finnes et flust av utfordringer*» og «*En jobb jeg må gjøre selv*». Grunnprinsippet om historisitet tar sikte på å forstå utfordringer og muligheter ved DPSet i lys dets egen historie og historisk utvikling i psykisk helsevern generelt. Funnene fra «*Alt var så mye bedre før*» vil bli diskutert opp mot prinsippet om historisitet. Kapittelet om motsetninger vil drøfte de adresserte spenningene som fremkommer av resultatene «*Vi diskuterer ikke det*», «*Lite klarhet i hva jobben går ut på*» og «*Et verktøy for å samhandle i tråd med pasienters verdier*». Det siste kapittelet om ekspansiv læring og utvikling er en forlengelse av prinsippet om motsetninger, og utgjør et sentralt element for om aktivitetssystemet stagnerer eller bidrar til utviklingsmuligheter. Sammen har de tre sistnevnte kapitlene til hensikt å besvare forskningsspørsmål 2 ved å redegjøre for utfordringer og muligheter for implementering av fysisk aktivitet på DPSet.

## **6.1 Flerstemmighet**

Et aktivitetssystem er alltid kollektivt sammensatt av subjektene ulike synspunkter, tradisjoner, erfaringer og interesser, og det er derfor mange stemmer og ytringer som skal bli hørt (Engeström, 2001, s. 136). I dette prosjektet ble flerstemmighet synliggjort både hos pasienter og ansatte når det gjaldt fordeler og utfordringer ved fysisk aktivitet, foretrukket aktivitetsform og motivasjon for videre opprettholdelse av fysisk aktivitet. I det videre vil derfor subjektene synspunkter og erfaringer belyses.

### **6.1.1 Opplevde fordeler ved fysisk aktivitet**

Det fremkommer av resultatene at pasientene opplevde en rekke positive virkninger som følge av deltakelse i fysisk aktivitet. Av fysiske virkninger opplevde den ene pasienten økt utholdenhet, bevegelse, styrke og energioverskudd, som i sin helhet resulterte i bedre fysisk form, funksjon og velvære i dagliglivet. Tilsvarende effekter er også rapportert om i forskningslitteraturen (Bassilios et al., 2014, s. 74; Fogarty &

Happell, 2005, s. 348; Hodgson et al., 2011, s. 26). Fysiske helsegevinster er imidlertid ikke en betinget virkning av fysisk aktivitet. Den andre pasienten opplevde ingen direkte fysiske effekter av fysisk aktivitet, foruten om bedre vektregulering. I likhet med Danielsen (2021, s. 34), indikerer funnene at de psykiske effektene var dominerende for denne pasienten. I denne sammenheng trakk pasienten særlig frem betydningen av å gjøre noe for seg selv, som resulterte i god samvittighet og en følelse av psykisk velvære. Videre opplevde begge pasientene at fysisk aktivitet var et viktig verktøy for å mestre sykdommens konsekvenser og bedre de mentale symptomene. En rekke studier har også rapportert om at fysisk aktivitet bedrer håndtering av lidelsen og påvirker mentale symptomer positivt (Hodgson et al., 2011, s. 25; Mason & Holt, 2012, s. 281; Rastad et al., 2014, s. 1472). Blant annet fremkom det at den andre pasienten som over lang tid har vært deprimert og følt på manglende mening i hverdagen så «lysere på livet» når hun bedrev fysisk aktivitet. Dette kan skyldes at pasientene opplevde at fysisk aktivitet ga distraksjon fra negative tanker og følelser ved å skifte fokus til nye og givende inntrykk gjennom tilstedeværelse. Pasientene forklarte at «vonde tanker og depresjon» havnet mer i bakgrunnen, og at sanseintrykk og opplevelse av ro ble mer fremtredende. Disse funnene harmonerer med tidligere forskning, som har rapportert at fysisk aktivitet gir en distraksjon fra selve lidelsen og er en nyttig mestringsteknikk for å oppnå pusterom i hverdagen (Hodgson et al., 2011, s. 27). I tillegg opplevde pasientene psykiske effekter av fysisk aktivitet gjennom økt motivasjon, glede og psykisk velvære.

Flerstemmighet hos pasientgruppen ble også synliggjort når det gjaldt sosiale virkninger av fysisk aktivitet. Den ene pasienten opplevde at sosialisering gjennom fysisk aktivitet bidro til en god atmosfære, en følelse av tilhørighet, latter og glede, gode samtaler og erfaringsutveksling. Personalet hadde samsvarende erfaringer, og opplevde at fysisk aktivitet i en sosial setting bidro til nye dialoger hvor pasientene tilførte hverandre erfaringer og opplevelser som igjen bidro til økt motivasjon, håp og inspirasjon. Slike effekter av erfaringsutveksling mellom personer med psykiske lidelser fremkom også i studien til Proudfoot med kollegaer (2012, s. 8), hvor funnene viser at likemannsarbeid introduserte mottakeren for alternative mestrings- og håndteringsstrategier for sykdom, bidro til emosjonell og sosial støtte, og ga et håp om bedring ved å se noen som hadde gjennomgått liknende opplevelser som en selv. Kontakten med hjelperen eller gruppen av likemenn, bidro også til en opplevelse av tilhørighet og utvikling av positive

relasjoner. Det fremkommer videre av studien at det ikke bare er mottakeren som profiterer på en slik relasjon, men også hjelperen opplever økt tillit til egne evner, en følelse av kontroll over egen sykdom, bredere kunnskap om strategier for behandling av sykdom, økt myndighet og håp (Proudfoot et al., 2012, s. 9). Funnene i denne studien, i tråd med forskningsevidens, viser dermed at det kan være gunstig å gjennomføre fysisk aktivitet i grupper for å ivareta fordelene ved det sosiale aspektet. Likevel fremkommer det av resultatene at den andre pasienten i hovedsak verdsatte individuelle aktivitetsformer. Pasienten opplevde derfor ikke at selve fellesskapet var av så stor betydning, men snarere det å ha faste avtaler med andre mennesker. Dette ga henne en forpliktelse til å møte opp på trening, i tillegg til at hun opplevde økt treningsutbytte ved å bedrive aktivitet med andre. Det sosiale aspektet ved fysisk aktivitet var altså av stor betydning for den ene pasienten, i motsetning til den andre pasienten som i større grad foretrakk individuelle aktiviteter. Dette samsvarer med funnene til Ussher og medarbeidere (2007, s. 407) hvor halvparten av deltakerne med psykiske lidelser foretrakk individuelle aktiviteter, hvorav resterende halvpart prefererte gruppeaktiviteter. Slike personlige preferanser på individuelle- og lagaktiviteter ble også observert av Sørensen med kollegaer (2020, s. 7), som påpekte at innhold og organisering er en avgjørende faktor for pasientenes opplevelse av fysisk aktivitet. Det er likevel viktig å presisere at selv om den ene pasienten i hovedsak foretrakk individuelle aktiviteter, dro begge pasientene nytte av ulike elementer og virkninger som følge av fysisk aktivitet i en sosial sammenheng.

### **6.1.2 Opplevde utfordringer ved fysisk aktivitet**

I likhet med studien til Sørensen og medforfattere (2020, s. 7) utgjorde de opplevde fysiske, psykiske og sosiale effektene av fysisk aktivitet, aktivitetstilbudet til en positiv del av behandlingen for pasientene. Likevel opplevde pasientene flere utfordringer i møtet med fysisk aktivitet. Foruten om at den ene pasienten hadde en somatisk lidelse som begrenset henne fra å delta på enkelte aktiviteter, ble det hverken av ansatte eller pasienter belyst fysiske eller kroppslige utfordringer ved fysisk aktivitet. Det pasientene derimot vektla som de største hindringene for fysisk aktivitet var opplevde konsekvenser av sykdommen og økonomisk ustabilitet. Dette i likhet med studien til Hodgson et al. (2011, s. 27), hvor barrierer for fysisk aktivitet i hovedsak ble tilskrevet konsekvenser av den psykiske lidelsen og av medisiner, samt med transport- og kostnadsutfordringer. De ansatte erfarte at hver diagnosegruppe hadde sine utfordringer,

men at det generelt var opplevde sykdomssymptomer som tankekaos, grubling, påvirkning av stemmer, nedstemthet og energiunderskudd som var de mest fremtredende hindringene hos pasientgruppen. Indirekte eller direkte sykdomsrelaterede hindringer ved fysisk aktivitet hos pasientgruppen som slitenhet, nedstemthet og en generell manifestasjon av symptomer, er også belyst i forskningslitteraturen (Carpiniello et al., 2013, s. 499; Ussher et al., 2007, s. 407). Videre opplevde både pasienter og ansatte at negative og kritiske tanker om seg selv sammen med dårlig samvittighet utgjorde en hindring for gjennomføring av fysisk aktivitet, da det førte til «en negativ nedgående spiral». I faglitteraturen kjennetegnes dette som fusjonering, hvor destruktive tanker dominerer oppmerksomheten og styrer personens atferd (Harris, 2013, s. 118). Den ene pasienten beskrev at tanken om at «*man skulle eller burde*» forsterket de negative følelsene og førte til at hun ble demotivert. Fusjonering og unngåelsesatferd opptrer ofte samtidig, hvor handlingslammelse og utsettelse fører til unyttige handlinger som manglende fysisk aktivitet, sosial tilbaketrekning og overdreven søvn, som forgjeves forsøk på å unngå smertefulle tanker og følelser (Harris, 2013, s. 46-48). Overnevnte handlingsmønstre ble også beskrevet av pasientene i denne studien, som erfarte konsekvenser av sykdommen gjennom sosial tilbaketrekning, isolasjon, skam og vanskeligheter med aksept. Pasientene opplevde derfor at fysisk aktivitet i en sosial sammenheng var mer utfordrende nå enn tidligere. Særlig den ene pasienten uttrykte bekymring for hva andre personer tenkte om henne når de måtte ta hensyn til hennes nedsatte fysiske og psykiske form. Likevel fortalte pasienten at hun følte seg «*dum*» som slet med dette, da det mest sannsynlig var hennes tanker som «*galopperer av gårde*». Dette antyder at pasienten har begynt med en kognitiv defusjonering, hvor hun distanserer seg fra egne tanker og forestillinger, fremfor å betrakte de som en sannhet (Harris, 2013, s. 26). Til tross for at pasienten opplevde nedsatt form og kapasitet som en reell barriere for deltakelse i fysisk aktivitet, kan det likevel virke som hun har klart å løsrive seg fra de destruktive kognitive prosessene, ettersom hun ikke unngår aktivitetsdeltakelse i sosiale sammenhenger. Dette er i tråd med hvordan ACT benyttes i behandlingen.

### **6.1.3 Foretrukket aktivitetsform**

Pasientene oppga at konsekvenser av sykdommen utgjorde en hindring for deltakelse i fysisk aktivitet, samtidig opplevde de at fysisk aktivitet bidro til reduksjon eller fravær av sykdomssymptomer. Det faktum at pasientene likevel valgte å delta i

aktivitetstilbudet kan dermed indikere at fordelene ved fysisk aktivitet oppveide de opplevde barrierene for deltakelse i fysisk aktivitet. I denne sammenheng fremgår det av resultatene at valgt aktivitetsform var av avgjørende betydning for pasientenes deltakelse. Det var et stort sprik i hvilke aktiviteter pasientene foretrakk i selve behandlingsopplegget, dette gjenspeilet seg også i pasientenes preferanser utenfor DPSet som kontekst. Den ene pasienten vektla i hovedsak betydningen av å bedrive fysisk aktivitet i naturen. Turdagene i regi av DPSet var derfor høyt verdsatt av denne pasienten, som opplevde fravær av sykdomssymptomer og økt tilstedeværelse når hun oppholdt seg i naturen. Pasientens beskrivelser tilsier at det opplevelsesbaserte aspektet ved slike aktiviteter var avgjørende for deltakelse. Det ble i stor grad tilrettelagt for utendørsaktivitet i aktivitetstilbudet på DPSet, dette begrunner en av de ansatte med at når fysisk aktivitet foregår utendørs blir det mer «uformelt», og at pasienter og personal blir «mer likeverdige». Dette understøtter også Moe og Martinsen (2011, s. 91) som har erfart at forskjeller mellom pasient og personal, som posisjon, funksjonsnivå, erfaring og alder, lettere viskes ut når fysisk aktivitet foregår på nøytrale steder som i naturen. Disse fordelene ble i mindre grad vektlagt av den andre pasienten, som derimot fremhevet det treningsbaserte aspektet ved valgt aktivitetsform. Denne pasienten foretrakk utholdenhets- og styrketrening på treningssenter, og var særlig opptatt av treningseffektene slike aktiviteter ga. I kontrast fra den andre pasienten, mislikte denne pasienten de organiserte turdagene, og valgte derfor å avstå fra dette tilbudet. Pasienten fant imidlertid andre alternative aktivitetsformer som var hensiktsmessig og givende for henne. Gjennom deltakelse på utvidet oppmerksomhetstrening beskrev hun lignende effekter som den andre pasienten opplevde som følge av fysisk aktivitet i naturen. Til tross for at pasienten i sitt første møte med denne aktivitetsformen tenkte «*hva er dette for noe svada*», erfarte hun at denne aktivitetsformen bidro til at hun åpnet sansene sine, ble roligere og følte på en tilstedeværelse i nået. Disse pasientenes ulike preferanser for aktivitetsform gjenspeilet seg også i hvordan pasientene rent faktisk omtalte aktiviteten. Eksempelvis benyttet den ene pasienten begrep som «*fysisk aktivitet*», hvorav den andre pasienten i hovedsak refererte til «*trening*» i sin beskrivelse av aktivitetstilbudet. Det er nærliggende å anta at terminologibruken er et resultat av pasientenes formål og opplevde mening med fysisk aktivitet, da den ene pasienten vektla det opplevelsesbaserte aspektet, mens den andre i hovedsak var opptatt av det treningsbaserte.

Pasientene hadde også ulike oppfatninger av hvorvidt medbestemmelse var en viktig faktor for videre opprettholdelse av fysisk aktivitet. Den ene pasienten opplevde at det å være delaktig i utformingen av aktivitetsopplegget ga økt motivasjon for deltakelse. Personalet opplevde også at medbestemmelse var positivt for pasientene da de både fikk mulighet til å kjenne på «en grad av kontroll», mestringsfølelse og det å «kunne være en del av fellesskapet» som planla og gjennomførte aktiviteter. Den andre pasienten derimot, syntes det var greit å inneha en mer passiv rolle i planleggingen, og følte seg tilstrekkelig involvert ved å kunne avstå fra aktivitetsdeltakelse. Videre fremkom det at begge pasientene ønsket mer fysisk aktivitet og dermed etterspurte enkelte aktiviteter. For pasienten som verdsatte turdagene ble det ytret et ønsket om en økning til to ukentlige turdager. Den andre pasienten, som fant utvidet oppmerksomhetstrening givende, ytret et ønske om å både starte og avslutte dagen med dette. I tillegg hadde hun en interesse for aktivitet på treningssenter, og savnet i den forbindelse at DPSet hadde en avtale med et av byens treningssenter for en rimeligere treningsavgift, og for å ha et aktivitetstilbud utenfor selve behandlingen på DPSet.

#### **6.1.4 Motivasjon for fysisk aktivitet**

Flerstemmighet kom også til syne gjennom pasientenes motivasjonsstrategier for å opprettholde fysisk aktivitet. I likhet med funnene til Sørensen og medarbeidere (2020, s. 7) opplevde den ene pasienten at effekter under og etter fysisk aktivitet var av betydning for hennes videre motivasjon. Tidligere positive erfaringer og opplevelser med fysisk aktivitet motiverte henne dermed til å opprettholde nåværende aktivitetsnivå. I tillegg var personalet på avdelingen av en betydningsfull verdi for hennes motivasjon for fysisk aktivitet. I studien til Hodgson med kollegaer (2011, s. 28) ble støtte fra psykisk helsepersonell identifisert som den sterkeste motivasjonsfaktoren for fysisk aktivitet. Det som likevel er interessant ved denne studien er at det gradvis fremkom at pasientenes iboende evner var den primære motivasjonskraften, og at opplevelse av tillitt og autonomi var sentrale elementer for langvarig atferdsendring. Dette kan ses tydelig hos den andre pasienten, som derimot ikke opplevde at personalet var av betydning for hennes motivasjon, men snarere at hun tok i bruk egne ressurser. I den forbindelse forklarte pasienten at hun hadde begynt å jobbe med «verdier, målsetninger og verdifulle forpliktelser» og at motivasjon og videre opprettholdelse av fysisk aktivitet derfor var en jobb hun måtte gjøre selv. En slik tankegang er i tråd med hvordan ACT benyttes som verktøy i behandlingen. Dette ble også understøttet av

psykologspesialisten som forklarte at langvarig atferdsendring fordrer at pasientene tar i bruk egne ressurser gjennom verdibaserte og forpliktende handlinger. Når fysisk aktivitet ble forankret i pasientenes eget verdigrunnlag fikk det en dypere betydning enn å kun være «*en lindring i øyeblikket*» eller «*et pust*» i behandlingen. Ifølge psykologspesialisten kom mange pasienter til psykolog med en forventning om at psykologen skal fjerne problemene. I den forbindelse forklarte hun at ACT som arbeidsmetodikk medvirket til en «*mye mer aktiv tilnærming til tilfriskning enn en sånn passiv fiks meg holdning*». For å oppnå en varig atferdsendring var det derfor avgjørende at pasientene fant ut av hva som var viktig for dem, for deretter å forankre det i sitt eget prosjekt. Psykologspesialisten understrekte at selv om pasientene må ta ansvar for eget prosjekt, skal de ansatte «*juble*», «*heie*» og «*støtte*» pasientene på veien. Dette understøttes også av Moe (2018, s. 155) som forklarer at støtte fra fagpersoner som stimulerer pasientens ressurser kan bidra til en indre drivkraft for fysisk aktivitet. Over tid vil det ikke lenger være nødvendig med ytre påvirkning, da aktiviteten i seg selv vil bli selvforsterkende (Moe, 2018, s. 155). Det faktum at den ene pasienten ikke opplevde at de ansatte hadde noen direkte innvirkning på hennes motivasjon, kan ses i lys av at hun selv har tatt eierskap og forpliktet seg til endring. Det er likevel nærliggende å anta at et slikt tankemønster er et resultat av målrettet veiledning, motivasjon og undervisning fra personal som har solid forankring i terapiformen ACT. Gjennom en slik behandlingstilnærming har personalet dermed en mer overordnet og indirekte påvirkning på pasientenes motivasjon for fysisk aktivitet, slik at pasientene opplever at det er de som står ansvarlige for å komme frem til egne «*løsninger*» og derav kjenner på en større grad av eierskap, forpliktelse og mestring.

#### **6.1.5 Oppsummering av funn relatert til flerstemmighet**

Det var store variasjoner i hvordan pasientene opplevde fordeler og utfordringer ved fysisk aktivitet, foretrukket aktivitetsform, hvorvidt det sosiale aspektet var av betydning, hva som motiverte for fysisk aktivitet og hvorvidt medbestemmelse utgjorde en viktig faktor for å opprettholde aktivitetsnivået. Resultatene understøtter betydningen av å inkludere variasjoner i personlige preferanser ved tilrettelegging av fysisk aktivitet for denne målgruppen. Forskningsevidens indikerer også at individuell tilrettelegging og tilpassing kan gi økt motivasjon for fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser (Farholm et al., 2017, s. 9; Vancampfort et al., 2013, s. 815-816). Organisering av aktiviteter på bakgrunn av pasientenes preferanser kan bidra til en følelse av

autonomi gjennom involvering i beslutningsprosesser, gi valgmuligheter og en følelse av å identifisere seg med aktivitetens verdi (Farholm et al., 2017, s. 9).

Medbestemmelse i aktivitetsgjennomføringen kan imidlertid ikke alene være dikterende for hvilke aktiviteter som organiseres. Eksempelvis fremkom det av resultatene at den ene pasienten hadde forutinntatte antakelser om enkelte aktivitetsformer, men fant det likevel verdifullt og givende etter å ha deltatt. Medbestemmelsesrett bør dermed i noen tilfeller avgrenses med tanke på en potensiell iboende skepsis og forutinntatte holdninger, som vil kunne begrense deltakelsen mot det «*ukjente*», og som hindrer oppdagelse av nye og verdifulle aktiviteter. Funnene tyder derfor på at målsetningen for implementering av fysisk aktivitet bør være å tilrettelegge for et rikt, inkluderende og variert aktivitetstilbud, i tillegg til å ivareta pasientenes innflytelse og medbestemmelse gjennom brukermedvirkning.

## **6.2 Historisitet**

Prinsippet om historisitet handler om at aktivitetssystemet utvikles over flere tidsperioder (Engeström, 2001, s. 136). DPSet sine utfordringer og potensialer må dermed ses i lys av sin egen historie, i tillegg til de historiske endringene som har formet psykisk helsevern generelt (Engeström, 2001, s. 136-137; Kuutti, 1996, s. 26).

### **6.2.1 Historisitet lokalt på DPSet**

Det fremkommer av resultatene at de ansatte gjennomgående opplevde store endringer i det systematiske behandlingstilbudet på DPSet som en vesentlig årsak til stagnering av aktivitetstilbudet. Personalet eksemplifiserte endringer som kortere liggetid på døgnbehandlingen, økt dokumentasjons- og rapporteringsarbeid, økte krav til oppfølging og utfylling av skjemaer, samt flere inn- og utskrivelser. Alle disse overordnede og pålagte oppgavene som stadig skal ivaretas i psykiatrien skapte tidspress for de ansatte, særlig på døgnbehandlingen. De ansatte opplevde en negativ utvikling over tid som både stjal tid, fleksibilitet og fokus fra tilrettelegging og gjennomføring av fysisk aktivitet. Disse opplevelsene understøttes av funn i en nylig gjennomført spørreundersøkelse av ansatte i spesialisthelsetjenesten, hvor hele 88% av deltakerne opplevde at pakkeforløpene har ført til økt tidspress i behandlingssystemet (Ådnanes et al., 2020, s. 57). I spørsmålet om hva som bør endres i pakkeforløpene oppgir svært mange respondenter et ønske om redusert arbeidsbelastning på behandlerne, økt fleksibilitet i behandlingsforløpet og kvalitet fremfor kvantitet i



behandlingen (Ådnanes et al., 2020, s. 52). Det som er interessant å merke seg ved undersøkelsen er at høy arbeidsbelastning og negativt tidspress i større grad rapporteres blant ansatte i poliklinisk virksomhet sammenlignet med døgnbehandling (Ådnanes et al., 2020, s. 57), noe som er motstridene fra funn i denne studien. Dette kan skyldes at det har blitt kuttet i sengeplasser, noe som ikke er en unik utvikling for kun dette DPSet (Helsedirektoratet, 2019a, s. 1). Nedleggelse av sengeplasser har ført til mer akutt- og subakutte innleggelser mot det som tidligere var planlagte innleggelser. Dette har resultert i en uforutsigbar arbeidshverdag på døgnbehandling, som kan forårsake økt tidspress og en stagnering av faste opplegg og etablerte rutiner for fysisk aktivitet. De siste årene opplevde også de ansatte en negativ trend knyttet til holdninger, motivasjon og engasjement for fysisk aktivitet i personalgruppen på døgnbehandlingen. Det mente de ansatte førte til at gjennomføringen av aktivitetstilbudet hadde blitt sporadisk, sårbart og personavhengig. Det kan dermed diskuteres om den manglende samarbeidsvisjonen og innsatsen i personalgruppen på døgnavdelingen har gitt en høyere arbeidsbelastning for de ansatte som faktisk tilrettelegger for og gjennomfører fysisk aktivitet. På dagavdelingen derimot, var fysisk aktivitet en integrert del av behandlingen grunnet grundig planlegging før oppstart av tilbudet. I tillegg delte de ansatte samme holdninger og tanker vedrørende betydningen av å ha fysisk aktivitet som et behandlingstiltak. Det må på bakgrunn av overnevnte forhold legges til grunn at økt tidspress og arbeidsbelastning på døgnbehandlingen kan være en følge av både omstrukturering av enheten og endrede holdninger innad i kollegiet, og derav bakgrunnen for de motstridende funnene i denne oppgaven sammenlignet med Ådnanes et al. (2020, s. 57).

### **6.2.2 Historisitet innen psykisk helsevern**

Som presisert innledningsvis har psykisk helsevern i et historisk perspektiv også gjennomgått store endringer de siste 50 årene. En kombinasjon av økonomiske innstramminger, flere politiske føringer, desentralisering med økt ansvar og flere arbeidsoppgaver og sterkere brukerrettigheter (Vike, 2004, s. 78) har skapt en rekke komplekse utfordringer innen psykisk helsevern. Funn i studien tyder på at overnevnte endringer også har medført utfordringer relatert til implementering og gjennomføring av fysisk aktivitet på DPSet.

I 2017 ble finansieringen av polikliniske tjenester i psykisk helsevern endret fra et rammefinansieringssystem til innsatsstyrt finansiering (Helsedirektoratet, 2020, s. 3). I

praksis betyr dette at dagbehandlingen ved DPSet mottar økonomiske gevinster når de gjennomfører og rapporterer at det er benyttet strukturert, planlagt og målrettet fysisk aktivitet som en del av behandlingen (Helsedirektoratet, 2020, s. 76). Denne finansieringsordningen var en sentral faktor for at dagbehandlingen ble grundig planlagt før oppstart, og at fysisk aktivitet ble en integrert del av behandlingstilbudet. En finansieringsordning med fastsatte aktivitetskrav kan dermed være nyttig for å motvirke passivitet ved institusjoner, gi bedre forutsetninger for brukeren og bidra til legitimitet til velferdsordningene (Meld. St. 33 (2015-2016), s. 45). På døgnbehandlingen hvor det foreligger en rammefinansieringsavtale, vil det derimot ikke ha noen økonomiske konsekvenser dersom det blir besluttet nedskjæringer i aktivitetstilbudet. Ifølge Helsedirektoratet (2015, s. 10) har tradisjonell rammefinansiering historisk sett vist seg å være en mindre egnet ordning for å stimulere til aktivitetsøkning da det ikke beskjæres i basisbevilgningen selv om aktivitetsnivået reduseres. I en travel arbeidshverdag på døgnbehandlingen med mange daglige gjøremål kan det dermed tenkes at fysisk aktivitet blir et nedprioritert tiltak. Det fremkom også av studien til Sørensen et al. (2020, s. 6) at selv om ansatte ved psykiatriske institusjoner mener fysisk aktivitet er et verdifullt tiltak i et helhetlig behandlingsperspektiv, ble fysisk aktivitet likevel nedprioritert grunnet konkurranse eller konflikt med andre behandlingsformer. Dette ble også påpekt av fysioterapeuten på DPSet som forklarer at en rekke arbeidsoppgaver og uforutsette hendelser gjorde at en «ekstraoppgave» som fysisk aktivitet ble vanskelig å gjennomføre. Det er likevel viktig å presisere at rammefinansiering gir økt fleksibilitet og større handlingsrom for helseforetakene (Helsedirektoratet, 2015, s. 9), som på sin side kan være positivt for driften når den endres til å i hovedsak omfatte akutte- og subakutte innleggelses med tanke på uforutsette hendelser. Prinsipielt vil det også være mulighet for å motvirke fallende aktivitet med fastsettelse av aktivitetskrav til rammebevilgningen, men dette forutsetter at resultatene av aktiviteten kan valideres (Helsedirektoratet, 2015, s. 10).

I en historisk kontekst har det også skjedd et paradigmeskifte for mennesker med psykiske lidelser, hvor de i betydelig større grad skal bli møtt som subjekter og aktører (Ekeland, 2011, s. 10). Til tross for et slikt fremskritt for pasientgruppen, fremkommer det av Stortingsmelding nr. 7 (2019-2020, s. 57) at det fortsatt er utfordringer knyttet til manglende involvering av psykiatriske pasienter i behandling og utvikling av tjenestene. Aktiv pasientinvolvering i valg av tjenestetilbud, behandling og undersøkelse er ikke

bare en demokratisk rettighet iført lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021), men er også en politisk og faglig målsetting (Helsedirektoratet, 2014c, s. 16). I flere sentrale lover, forskrifter og stortingsmeldinger fremkommer det at pasienter har krav på å delta i utformingen av institusjonen og ha tilgang til aktivitetstilbud (Psykisk helsevernloven, 2020), samt bli involvert i beslutningsprosesser (Meld. St. 9 (2019-2020), s. 5) og få tilpasset tjenestene etter deres behov (Spesialisthelsetjenesteloven, 2021) gjennom brukermedvirkning og involvering. Funn i oppgaven viste at implementering av økt brukermedvirkning var ønsket av samtlige aktører, og at de ansatte på dagbehandlingen satt pris på tilbakemeldinger, innspill og forslag fra pasientene. Likevel kom det også tydelig frem at institusjonelle endringer sammen med mangel på ressurser, struktur og organisering på døgnavdelingen har begrenset de ansattes muligheter for å være spontane, fleksible og å kunne «respondere på et forslag fra en pasient». En av de ansatte forklarte at det har skjedd store endringer gjennom tidene, hvor rafting, overnatting på hytter, lange fjellturer, klatring og svømming har blitt byttet ut med dokumentasjons- og rapporteringsarbeid, utfylling av skjemaer og en rekke oppfølgingssaker. I tillegg opplevde de ansatte at kortere liggetid på døgnbehandlingen førte til at man ikke fikk samme kontakt med pasientene lenger. I denne sammenheng, sammen med dagens organisatoriske og institusjonelle forhold, understrekte en av de ansatte at det på mange måter er forståelig at personalet på døgnbehandlingen ikke klarer å gjennomføre og tilrettelegge for fysisk aktivitet, og derav heller ikke brukermedvirkning. I studien til Jenssen (2009, s. 191) ble også manglende tid og stor arbeidsmengde rapportert som en avgjørende årsak til at brukermedvirkning ikke ble praktisert, dette til tross for at personalet så fordelene av det. Et slikt krysspenn mellom institusjonelle forhold og pasientenes behov og forventinger er også rapportert om av Vike (2004, s. 65-66), som i den forbindelse retter søkelyset mot misforholdet mellom pålagte oppgaver og muligheten til å gjennomføre disse. Det kan dermed tenkes at opplevelsen av økt tidspress og flere arbeidsoppgaver gjør det mer effektivt for ansatte å ta beslutninger uten å involvere pasientene (Askheim, 2012, s. 139). Med bakgrunn i oppgavens funn kan man legge til grunn at organisatoriske endringer, som økt innslag av akutte- og subakutte innleggelser og kortere liggetid, i hovedsak var bakgrunnen for at aktivitetstilbudet på døgnbehandlingen ble redusert. Som en konsekvens av dette har de ansatte begrenset med tid og ressurser til å planlegge og gjennomføre aktiviteter, hvilket har negativ

innvirkning med hensyn til hyppighet av aktivitetsgjennomføringen, men også kvalitet, eksempelvis i form av manglende tilrettelegging for brukermedvirkning.

På dagbehandlingen derimot opplevde pasientene at personalet la forholdene til rette for brukermedvirkning og medbestemmelse. I den forbindelse fremkom det av resultatene at den ene pasienten opplevde økt motivasjon som følge av medvirkning av utformingen av aktivitetsopplegget. Ifølge Storm (2009, s. 25) er det likevel viktig å problematisere i hvilken grad pasienter med psykiske lidelser er i stand til og motivert for å være delaktige og medvirkende i eget behandlingsforløp. Dette illustreres ved funn i studien hvor det fremgår at den andre pasienten foretrakk at personalet planla aktivitetstilbudet, da hun anså det som tilstrekkelig at hun hadde valget til å avstå fra tilbudet dersom det ikke var tiltalende. Dette må også kunne sies å utgjøre en form for medbestemmelse. En slik forståelse harmoniserer også med Willumsen (2005, s. 33) som presiserer at retten til selvbestemmelse er ivaretatt gjennom et ønske om å ikke medvirke.

På hvilken måte, og i hvilken grad, brukermedvirkning skal implementeres i aktivitetstilbudet er et omdiskutert og dagsaktuelt tema. I teorien påpekes det at brukermedvirkning er et fenomen som er forankret i forskjellige teoretiske tradisjoner med ulike metodiske tilnærminger, noe som kan by på praktiske utfordringer når det skal tilrettelegges for å gi et konkret innhold i den daglige virksomheten på DPS (Storm, 2009, s. 24-25). Det er ingen tvil om at fagfeltet trenger hjelp fra de som vet hvor skoen trykker, til å utvikle tjenestene i en fornuftig retning (Karlsson & Borg, 2013, s. 66). Kjente satsningsområder, begreper og tilnærminger som kan ses i relasjon til brukermedvirkning er blant annet ACT, empowerment og recovery. Ved å benytte overnevnte behandlingstilnærminger som verktøy i behandlingen kan de ansatte bryte det Almvik og Borge (2006, s. 65) betegner som «*den uheldige aktiviseringstradisjonen*» innen psykisk helsevern, ved at man tilrettelegger for at pasientene forankrer fysisk aktivitet gjennom eget verdigrunnlag, fremfor å bli aktivisert mot sin vilje. Etablering av et slikt eierskap ble eksempelvis observert hos pasienten som ga uttrykk for at hun ikke opplevde at de ansatte hadde noen innvirkning på hennes motivasjon for fysisk aktivitet, men at aktivitetsdeltakelse fordret at hun selv tok i bruk egne ressurser. Gjennom anvendelse av ACT hvor formålet er å styrke pasientenes ressurser, innehar personalet en mer støttende rolle med målsetning om å bistå pasienten til å selv være en pådriver for egen tilfriskning. Det er dermed nærliggende å fastslå at

behandlingstilnæringer som ACT kan stryke brukermedvirkning og medbestemmelse i praksis. Funn i studien, i likhet med Almvik og Borge (2006, s. 67), indikerer at pasienter innenfor psykisk helsevern ønsker å bli møtt med en mer ressursorientert holdning hvor fokuset er rettet mot personens interesser, erfaringer og kompetanse, fremfor ens svakheter, mangler og problemer.

### **6.3 Motsetninger**

Prinsippet om motsetninger vektlegger ulike spenninger, uoverensstemmelser og forstyrrelser som oppstår innenfor og mellom komponentene i aktivitetssystemet (Engeström, 2001, s. 137). Det er adressert motsetninger relatert til fire komponenter i aktivitetssystemet; fellesskap, arbeidsdeling, regler og verktøy. Disse spenningene fremkommer i hovedsak på døgnbehandlingen, og vil bli belyst og diskutert i det videre.

#### **6.3.1 Fellesskap**

Det fremkommer av resultatene at de ansatte opplevde spenninger relatert til komponenten om fellesskap. Motsetningene avspeilte seg i ulik situasjonsforståelse av hvordan fysisk aktivitet skal tilrettelegges, hva som er årsaken til at fysisk aktivitet ikke diskuteres og hvilke konsekvenser dette har. Psykologspesialisten opplevde ingen uenighet i personalgruppen, men mente at utfordringen med fysisk aktivitet var at det ikke ble snakket om. Også aktivtøren opplevde at fysisk aktivitet sjeldent ble tatt opp til refleksjon, og vektla i den forbindelse at det var forskjellige synspunkter på fysisk aktivitet innad i kollegiet. Ulike synspunkter ble også fremhevet av psykologspesialisten som mente at det var forskjellige meninger om hvorvidt fysisk aktivitet skal handle om det opplevelsesbaserte eller det treningsbaserte. Manglende føringer og uklare retningslinjer innad på DPSet knyttet til fysisk aktivitet, mente aktivtøren var bakgrunnen til at personalet tillegger seg egne synspunkter, ståsted, erfaringer og forståelse på området. Det er også nærliggende å tenke at de ulike synspunktene er et resultat av ulik yrkes- og utdanningsbakgrunn, samt personlige erfaringer og interesser for fysisk aktivitet hos de ansatte. Funn i denne studien, i overensstemmelse med forskning (Sørensen et al., 2020, s. 7; Ussher et al., 2007, s. 407), viser store individuelle preferanser hos pasientgruppen gjeldende fysisk aktivitet. Det kan dermed tenkes at de ulike synspunktene innad i kollegiet også er et resultat av hvilke erfaringer de ansatte har gjort seg i møte med pasientene.

Til tross for motsetningene om hvordan fysisk aktivitet skal tilrettelegges, er det likevel opplevelsen av manglende kommunikasjon som fremstår som den største spenningen innad i personalgruppen. Den manglende kommunikasjonen ser ut til å være et resultat av en endring i personalgruppen gjennom tidene, som igjen har bydd på kommunikasjons-, holdnings- og motivasjonsendringer innad i kollegiet. Fysioterapeuten opplevde at den manglende kommunikasjonen i kollegiet førte til at det ikke ble tilrettelagt for organisert fysisk aktivitet, dette til tross for at alle ansatte var klar over fordelene av det. Dette samstemmer med funn i studien til Theologia med kollegaer (2015, s. 18), hvor samtlige ansatte anså fysisk aktivitet som en nødvendig del av behandlingen for mennesker med psykiske lidelser. Likevel fremkommer det at over 75% av personalet rapporterte at de ikke hadde benyttet fysisk aktivitet i behandlingen de siste seks månedene. Mangel på kvalifisert personell, mangel på kunnskap om planlegging og mangel på motivasjon hos personalet var noen av de viktigste oppgitte hindringene for gjennomføring av fysisk aktivitet (Theologia et al., 2015, s. 18). Slike hindringene blir også påpekt av de ansatte ved DPSet som opplevde at implementering og gjennomføring av fysisk aktivitet avhenger av personalets egen interesse, motivasjon og tro på egne kunnskaper. Spesielt den manglende kommunikasjonen har medført at det særlig på døgnbehandlingen har skjedd store endringer relatert til forståelse, engasjement og motivasjon for fysisk aktivitet hos både personal og ledelse. I den forbindelse trekker en av de ansatte frem at det var enklere å gjennomføre fysisk aktivitet når det var «en felles holdning» i personalgruppen som var «gjennomsyra» i alle sammen. Ettersom det ikke lenger er en «driftig» personalgruppe gjeldende fysisk aktivitet, har aktivitetstilbudet på døgnbehandlingen blitt personavhengig, sporadisk og sårbart. I likhet med Svensson et al. (2006, s. 14), viser funnene at gjennomføring av fysisk aktivitet på døgnbehandlingen er avhengig av ildsjeler som viderefører aktivitetstilbudet til tross for konkurrerende gjøremål. Selv om ildsjelene er en avgjørende faktor for at fysisk aktivitet blir implementert, er de avhengig av at kollegiet står sammen om et felles ansvar for organisering, tilrettelegging og gjennomføring av aktivitetstilbudet (Helsedirektoratet, 2010, s. 6). Aktivitøren, som gjennom en årrekke har vært en nøkkelperson og pågangsdriver for fysisk aktivitet, opplevde det som vanskelig å holde entusiasmen oppe når det ikke lenger ble snakket om eller diskutert hverken innad i kollegiet eller på personalmøtene. Det faktum at aktivitetstilbudet kun falt på enkeltpersoner, sammen med den manglende støtten fra resterende personal, har medført at hun har mistet «piffen» for videre opprettholdelse av fysisk aktivitet. For å

redusere risikoen for at ildsjelene brenner ut er det avgjørende med en god arbeidsfordeling og et godt samarbeid innad i kollegiet (Moe, 2018, s. 166).

Det man i imidlertid kan stille spørsmålsteget ved, er hvorfor det har blitt slik at det kun er enkeltpersoner som opprettholder aktivitetstilbudet fremfor kollegiet som helhet. I likhet med Sørensen et al. (2020, s. 6), tyder funnene i denne studien på at en rekke arbeidsoppgaver gjør at fysisk aktivitet kommer i konflikt med andre behandlingstilbud og gjøremål, og dermed nedprioriteres av flere ansatte. På døgnbehandlingen er fysisk aktivitet heller ikke en integrert del av behandlingen, og manglende rutiner, regler og prosedyrer kan dermed resultere i ulik behandlingspraksis innad i kollegiet. Happell og medarbeidere (2011, s. 315) rapporterte om at manglende gjennomføring av fysisk aktivitet kan reflektere utilstrekkelig kunnskap og utdanning hos ansatte, snarere enn helsepersonells negative holdning til fysisk aktivitet. Det kan dermed tenkes at mangel på engasjement, motivasjon og interesse for fysisk aktivitet er et resultat av manglende kunnskap, kompetanse og ferdigheter relatert til implementering og gjennomføring av fysisk aktivitet blant de ansatte. Manglende kunnskap kan også være en årsak til at fysisk aktivitet ikke blir snakket om innad i kollegiet, og derfor være en utløsende årsak til overnevnte spenninger. Ifølge Moe (2018, s. 157) er kunnskap, erfaring, engasjement, motivasjon og tro på fysisk aktivitet sentrale forutsetninger for å oppnå en aktiv behandlingskultur og motivasjonsklima for både helsepersonell og brukere av tjenesten. Dette viser viktigheten av kompetanseheving i personalgruppen, som blant annet kan foregå gjennom personalundervisning, kurs og videreutdanning. Funn i studien har avdekket en rekke spenninger relatert til komponenten om fellesskap. Fellesskapet kan derfor forstås som en grunnleggende motsetning, og kan dermed være en potensiell grobunn for oppblomstring av andre spenninger og uoverensstemmelser relatert til etablering av fysisk aktivitet ved DPSet.

### **6.3.2 Arbeidsdeling**

Det fremkommer av funnene at det også er spenninger relatert til komponenten om arbeidsdeling. Samtlige av de ansatte trekker frem uklarhet i rolle- og arbeidsfordeling, samt definisjon av stillingstitler, som et vedvarende problem ved DPSet.

Fysioterapeuten forteller at han ved oppstart på DPSet ble «*hilst hjertelig velkommen*» og informert om at det var stort behov for hans kunnskap og kompetanse innen fysisk aktivitet da dette var en viktig del av behandlingen på enheten. Et år etter ansettelsen

definerer likevel fysioterapeuten seg som 100% miljøterapeut. Til tross for at en rekke forskningsevidens og nasjonale veiledere fremhever betydningen av å ha øremerket og spesialutdannet personal for fysisk aktivitet i behandling av mennesker med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014c, s. 44; Richardson et al., 2005, s. 327; Sørensen et al., 2020, s. 8), benytter DPSet fysioterapeuten i hovedsak til miljøterapeutiske oppgaver, og gjøremål knyttet til avdelingens daglige drift. Forskningsevidens rapporterer også om at majoritet av pasienter med psykiske lidelser mener de ville vært mer fysisk aktive dersom de hadde snakket med en aktivitetsinstruktør (Ussher et al., 2007, s. 407). Det fremkommer av studien til Sørensen og medforfattere (2020, s. 9) at pasientene særlig verdsatte aktivitetsinstruktørens evne til å gi tilbakemeldinger, finne morsomme aktiviteter og individualisere, strukturere og tilpasse fysisk aktivitet, noe pasientene opplevde at vanlig personal på avdelingen ikke hadde tilstrekkelig med kompetanse og ferdigheter til å klare.

En annen ansatt som har arbeidet ved DPSet i en lang tidsperiode forklarte at fysioterapeutene i en årrekke har inngått som miljøpersonell på døgnavdelingen, og hun mente derfor at det er «*lite klarhet*» i hva jobben som fysioterapeut går ut på. Funnene kan dermed antyde at det som i teorien ser fint ut på papiret, ikke fungerer i praksis ved DPSet. Samtlige av de ansatte ønsket derfor at ledelsen tydeliggjør arbeidsoppgaver og rollefordelinger hos fysioterapeuten, samtidig som de etterspurte spillerom og avsatt tid for fysioterapeuten til å jobbe med sitt fagområde. Funnene viser også at de ansatte opplever spenninger relatert til turnusarbeid, total arbeidsmengde og manglende ressurser, som igjen fører til vanskeligheter med å etablere et strukturert og helhetlig aktivitetstilbud. I den forbindelse forklarer fysioterapeuten at turnusen hans gjør det vanskelig å etablere et fast tilbud som er forutsigbart for deltakerne. Moe (2018, s. 166) understreker at dersom fysisk aktivitet skal bli anerkjent som behandling fremfor «*fritidssysse*», fordrer det at tid må avsettes, det må være innbakt i dagsplanen og det må foregå på dagtid. Selv om en inaktiv behandlingskultur ikke bør forsvares, er det forståelig at fysisk aktivitet ikke blir implementert med nåværende prioritering av arbeidstid og arbeidsoppgaver. I motsetning til uoverensstemmelsene knyttet til komponenten om fellesskap, som i hovedsak er relatert til indre spenninger innad i kollegiet, er spenningene som omhandler arbeidsfordeling i hovedsak rettet mot ledelsen. For å få et velorganisert aktivitetstilbud tydeliggjør funn i studien, i tråd med litteratur på området (Helsedirektoratet, 2010, s. 6; Moe, 2018, s. 165), viktigheten av å



ha en ledelse som utnytter eksisterende ressurser, avklarer fordeling av rolle- arbeidsoppgaver og setter av tid til planlegging og gjennomføring av fysisk aktivitet.

### **6.3.3 Regler og verktøy**

Funn i studien tyder også på at det er spenninger relatert til komponenten om regler. Ifølge Kutti (1996, s. 28) vil både implisitte og eksplisitte regler påvirke handlinger i aktivitetssystemet. Som tidligere beskrevet opplever de ansatte spenninger relatert til eksterne regler basert på nasjonale myndighetskrav og lovverk som legger føringer for hvordan DPS skal drives, eksempelvis rapporterings- og kodingsarbeid. Det er ikke tatt stilling til disse reglene her, da de er belyst tidligere i diskusjonen. Derimot, vil eksplisitte og implisitte konvensjoner relatert til interne regler på DPSet bli vektlagt.

Spenningene relatert til eksplisitte regler lokalt på DPSet omhandler at de ansatte opplevde mangelfulle retningslinjer og rutiner for gjennomføring av fysisk aktivitet. I den forbindelse påpekte samtlige av de ansatte viktigheten av å etablere faste aktivitetsopplegg preget av rutiner og struktur. For at fysisk aktivitet skal bli innlemmet som en del av behandlingstilbudet erfarte de ansatte at fysisk aktivitet må være planlagt, strukturert og nedfelt i dagsplaner og ukeplaner ved DPSet. På dagavdelingen var fysisk aktivitet et fast tilbud to dager i uken, og ble utført på samme tid hver uke. Aktivitetene var nedfelt i en plan og ble synliggjort gjennom et informasjonsskriv allerede før oppstart av behandlingen. Viktigheten av å synliggjøre fysisk aktivitet gjennom pasientjournaler, ukeplaner og behandlingsplaner blir også fremhevet av Svensson og medarbeidere (2006, s. 14) som et sentralt tiltak for å etablere fysisk aktivitet som en del av behandlingstilbudet. Videre ble det faste aktivitetsopplegget på dagbehandlingen gjennomført uavhengig av antall pasienter som møtte opp til fellesaktivitetene. Dette bekreftet også en av pasientene, som ved to anledninger var den eneste deltakende pasienten sammen med to personale på den faste turdagen. For å tydeliggjøre at fysisk aktivitet er en del av det helhetlige behandlingsopplegget på dagavdelingen ble det heller ikke gitt noen alternative tilbud de gjeldende tidspunktene mens fellesaktivitetene pågikk. Slike faste rutiner rundt aktivitetsopplegg er det ikke lenger på døgnbehandlingen. I denne sammenheng uttrykte fysioterapeuten at personalet ikke er tydelige nok på at fysisk aktivitet er det eneste tilbudet som gis, slik at annen behandling ikke sammenfaller på samme tidspunkt. Fysioterapeuten mente at dette kan være et viktig tiltak for å skape deltakelse i aktivitetstilbudet, da pasientene vil oppleve

konsekvenser av å takke nei til fysisk aktivitet. Dette samsvarer også med erfaringene til Moe (2018, s. 165), som understreker at det er personalet og ledelsen sitt ansvar at annen behandling ikke foregår i samme tidsrom som treningstiden. Det fremkom også av studien til Sørensen et al. (2020, s. 6) at lederne erkjente at fysisk aktivitet ofte ble neglisjert fordi det ikke var innarbeidet i de daglige rutinene på lik linje med andre behandlingstilnærminger (Sørensen et al., 2020, s. 6). Funnene i denne studien, i samråd Svensson et al. (2006, s. 14), indikerer dermed at et godt forankret aktivitetstilbud fordrer at ansatte sammen med ledelsen planlegger og strukturerer et fast obligatorisk opplegg og synliggjør fysisk aktivitet for både ansatte og pasientene gjennom ulike kanaler som undervisning, videreutdanning, pasientjournaler, ukeplaner og personalmøter.

Det fremgår også av resultatene at personalet på dagbehandlingen opplevde spenninger relatert til implisitte regler internt på DPSet. Det legges i denne sammenheng særlig vekt på hvordan personalet benytter mentale verktøy som kommunikasjon, samhandling og formidling i behandlingen. En av de ansatte trekker frem betydningen av valg av formulering og språk i møtet med pasientene, hvor hun understreker viktigheten av å «*forså og kunne psykiatri*». I den sammenheng forklarte hun at enkelte ganger må man «*bevege seg på en knivsegg*» mellom motivasjon og tvang. En slik balansegang mellom aktiv motivering, press og tvang beskriver også Moe (2018, s. 156) som en vanskelig vurdering i møtet med pasientgruppen. Dersom man i tillegg skal ta behandlingstilnærminger som ACT, empowerment og recovery i betraktning, er pasienten selv en sentral faktor i motivasjonsarbeidet. Til tross for at pasientene må forplikte seg til handling, mobilisere egne ressurser og ta eierskap til atferdsendringene, har også de ansatte en viktig rolle i motivasjonsarbeidet. På dagbehandlingen delte personalet samme forståelse for de mentale verktøyene i behandlingen, og arbeidet derfor målrettet med motivasjon, kommunikasjon og formidling gjennom verdierbeid i samtaler, undervisning og rådgiving. De ansatte opplevde at det ikke var like systematisk tilrettelagt for en slik type formidlingsarbeid på døgnbehandlingen. Ulik forståelse for og bruk av de mentale verktøyene, sammen med forskjellige retningslinjer og rutiner, har derfor resultert i et sprik mellom behandlingstilbudene vedrørende kommunikasjon om fysisk aktivitet med pasientene.

## **6.4 Ekspansiv læring og utvikling**

Ekspansiv læring og utvikling omhandler at læring forekommer i mellommenneskelig samhandling som oppstår innenfor eller mellom aktivitetssystemer, og kan dermed ses som en forlengelse av prinsippet om motsetninger (Engeström, 2001, s. 137).

Overnevnte spenninger har ikke klart å løses gjennom den etablerte praksisen og dets verktøy og rammeforutsetninger, noe som har ført til en situasjon kjent som «double-bind» (Engeström, 1987, s. 174). Som presisert i teorikapittelet kan et resultat av «double-bind» være en drivkraft til endring, utvikling og læring av eksisterende praksis og samarbeidsvisjoner innad i aktivitetssystemet (Engeström, 2001, s. 137). Dette fordrer at uoverensstemmelsene blir diskutert, anerkjent eller løst (Engeström & Miettinen, 1999, s. 9; Nelson Jr, 2002, s. 34). Dersom spenningene ikke blir anerkjent eller tatt opp til kritisk refleksjon, slik som flere av de omtalte tilfellene ved DPSet, vil aktivitetssystemet stå i fare for å stagnere (Nelson Jr, 2002, s. 34). I det videre vil de ulike utfallene knyttet til «double-bind» situasjonene ved DPSet bli diskutert.

### **6.4.1 Motsetninger som resulterte i stagnasjon**

Motsetningene som ble vektlagt av de ansatte på DPSet omhandlet i hovedsak manglende kommunikasjon og uenighet vedrørende hvordan fysisk aktivitet bør tilrettelegges, usikkerhet rundt rolle- og oppgavefordelinger, mangelfull utnytting av eksisterende ressurser og utilstrekkelig etablering av faste opplegg med rutiner og struktur. Hovedvekten av de adresserte utfordringene er rettet mot organisatoriske og institusjonelle forhold på ledelsesnivå. Ifølge Norvoll (2002, s. 30) kan ansatte i helsevesenet løse utfordringer og opplevelse av avmakt knyttet til utilstrekkelige organisatoriske forhold ved å «presse» problemene nedover i systemet, fremfor oppover til det organisatoriske nivået de faktisk tilhører. Hvor dette er tilfellet, vil pasienter og pårørende feilaktig blir stemplet som syndebukker for at etablering av tiltakene ikke er gjennomførbare (Norvoll, 2002, s. 30). Dette fremkom også av resultatene i denne studien, hvor fysioterapeuten påpekte at de ansatte også må forplikte seg og «ikke bare skyld på at pasientene er i dårlig tilstand» som årsak til at fysisk aktivitet ikke blir gjennomført. I denne sammenheng synliggjorde han behov for økt ansvarsbevissthet hos personalet, med vekt på endring av holdninger og tankesett relatert til fysisk aktivitet. De andre ansatte opplevde også at aktivitetstilbudet var betinget av personalets egne erfaringer, motivasjon og forståelse for fysisk aktivitet. Funnene indikerer dermed at det tverrfaglige samarbeidet innad i kollegiet både må styrkes gjennom en felles refleksjon

på områder som ansvarsbevissthet, myndiggjøring og forpliktende handling, men også at hver enkelt ansatt må reflektere over egne holdninger, verdier og tankesett. Sistnevnte anmodning trekkes også frem av Restall og medforfattere (2003, s. 105) som en viktig strategi for å overkomme utfordringer som hindrer utvikling, da selvrefleksjon øker forståelsen av hvordan personlige verdier og holdninger former ens praksis. Likevel er personlige verdier og holdninger ofte et resultat av at forskjellige profesjoner har tilegnet seg ulike ferdigheter, kunnskap og atferd som danner grunnlag for en ulik yrkesrelatert identitet og kultur, og derav en utfordring for det tverrfaglige samarbeidet (Hall, 2005, s. 188). I en rapport gjennomført av Lone og medarbeidere (2019, s. 13) ble det rapportert om en rekke faktorer som virker hemmende på tverrfaglig samarbeid. Faktorene som ble trukket frem er uklare ansvars- og rollefordelinger, manglende forståelse om mål, mangelfull opplæring, lav prioritering av samarbeid hos ledelsen og ulike yrkesrelaterede kulturer (Lone et al., 2019, s. 13). En rekke av de overnevnte faktorene ble også belyst av de ansatte ved DPS et, som blant annet uklare rolle- og ansvarsfordelinger, en mangelfull felles forståelse for mål og lav prioritering av samarbeid hos ledelsen. Disse faktorene kan dermed være sentrale årsaksforklaring for det manglende tverrfaglig samarbeid i aktivitetssystemet, og derav også oppgav til flere av de adresserte spenningene.

For å eliminere faktorer som opplevd avmakt og manglende tverrfaglig samarbeid i kollegiet fordrer det at ledelsen gir de ansatte mulighet til å delta i utformingen av DPS som institusjon, og at det er tilrettelagt for medbestemmelse knyttet til rammebetingelser, finansiering, organisering, oppbygging og etablering av enheten (Norvoll, 2002, s. 30). Forskningsevidens tilsier at avmakt hos de ansatte kan imøtekommes gjennom en myndiggjørende ledelse, som er karakterisert ved at makten blir delt med de underordnede (Vecchio et al., 2010, s. 531). En ledelse som bidrar til myndiggjøring av personal er en effektiv tilnærming for å forbedre ansattes holdninger og arbeidsatferd i en rekke ulike sammenhenger (Seibert et al., 2011, s. 995). Det må av dette kunne utledes at ledelsen bør legge til rette for en flat struktur innad i aktivitetssystemet, hvor dialog og meningsutveksling har fritt spillerom, slik at motsetninger og utfordringer kan diskuteres tverrfaglig. Videre har ledelsen ansvar for utnyttelse av tilmålte ressurser og overordnet organisering, med klarhet i rollefordelinger, fordeling av arbeidsoppgaver og etablering av faste rutiner og struktur. I den forbindelse er det sentralt å understreke at de regionale helseforetakene har et

lovpålagt ansvar for å sikre at spesialhelsetjenesten har nødvendig kompetanse og bemanning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2020). Dette innebærer at behandlingssenheter må bevilges tilstrekkelig med ressurser slik at ledelsen kan tilrettelegge for implementering av fysisk aktivitet, og derav sikre de ansatte tilgang til nødvendig kompetanse og kapasitet til å faktisk gjennomføre fysisk aktivitet som en strukturert del av behandlingsopplegget.

#### **6.4.2 Motsetninger som resulterte i endringsinnsats**

Hittil har de adresserte spenningene resultert i stagnering av aktivitetstilbudet på døgnbehandlingen ved DPSet. Dette skyldes i hovedsak manglende tverrfaglig samarbeid, manglende forum til å diskutere utfordringer og meddele sine refleksjoner rundt aktivitetstilbudet, usikkerhet rundt rolle- og oppgavefordelinger, mangelfull utnytting av eksisterende ressurser og utilstrekkelig etablering av faste opplegg med rutiner og struktur. Likevel kan funnene tyde på at noen av disse spenningene etter Engeström (2001, s. 137) sitt formål har blitt transformert til et innovativt forsøk på å endre og utvikle aktivitetstilbudet ved DPSet. Fysioterapeuten som ønsket å bidra med sin fagkompetanse, hadde reflektert over flere tiltak som kunne imøtekomme dagens utfordringer knyttet til implementering og gjennomføring av fysisk aktivitet. Et av forslagene han presenterte var et ukentlig behandlingsmøte hvor fysisk aktivitet skulle være et fast punkt på agendaen. Han belyste i denne sammenheng drøfting rundt aktivitetsopplegg og implementering av aktivitetstiltak som eksempler på diskusjonsmomenter i behandlingsmøtene. Videre konkretiserte han enkelttiltak som at personalet seg imellom kan benytte «gule lapper» (elektronisk melding) som en form for rekvisisjon. Eksempelvis at en pasient er i behov av en henvisning til fysioterapeut grunnet ønske om å komme i gang med fysisk aktivitet. I den forbindelse forklarte han at de ansatte må være «*litt mer modige*» og gi «*klare oppdrag*», som for eksempel å tilby pasientene en motivasjonssamtale med fysioterapeuten. Moe (2018, s. 157) påpeker også at en motivasjonssamtale for fysisk aktivitet kan være en aktuell tilnærming for å bidra til økt deltakelse og glede av aktivitetstilbud for mennesker med psykiske lidelser. Fysioterapeutens innovative forsøk på å utvikle noe som ikke foreligger på tidspunktet det blir foreslått, er oppskriften på ekspansiv læring i praksis (Engeström & Sannino, 2010, s. 2). Dette er i tråd med beskrivelsen til Engeström (2001, s. 137), som forklarer at ekspansiv læring starter med at individuelle deltakere stiller spørsmål og avviker fra de etablerte normene ved enheten.

Prinsippet om ekspansiv læring og utvikling kan ses i relasjon med begrepet organisasjonslæring, som vektlegger at suksessfulle organisasjoner kjennetegnes ved at de er under kontinuerlig læring og utvikling for å tilpasse seg samfunnets endrede rammer, krav og forventninger (Storm, 2009, s. 56). For at organisasjoner skal kunne imøtekomme de stadig økende kravene til endring, har teoretikere fremhevet organisatorisk læring som fundament for innovativ fornyelse av endrings- og læringsprosesser i organisasjoner (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 55). I veilederen utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (2006, s. 56) fremkommer det at DPS skal fremstå som en lærende organisasjon. Som presentert innledningsvis, har en rekke aktører påpekt at dagens psykiske helsevern ikke framstår som lærende organisasjoner (Helsetilsynet, 2019, s. 11-12; Meld. St. 7 (2019-2020), s. 57). Dette understøtter også funn i denne studien, hvor det fremkom at de ansatte hadde en felles oppfattelse vedrørende stagnering av aktivitetstilbudet på døgntilbudet. Det fremgår riktignok at én aktør i aktivitetssystemet har utfordret etablerte normer ved å påpeke et endringsbehov, i tillegg til å komme med konkrete innspill og forslag til ny praksis. Likevel kan neppe initiativ fra enkeltaktører i aktivitetssystemet anses som tilstrekkelig for å oppnå ekspansiv læring og utvikling, da behandlingssenheten som helhet må initiere, gjennomføre og legge til rette for et aktivitetstilbud som tilpasses de til enhver tid gjeldende rammer, krav og forventninger som stilles fra samfunnet. Engeström (2001, s. 137) påpeker også at en sentral forutsetning for å oppnå ekspansiv læring er en bevisst kollektiv endringsinnsats og samarbeidsvisjoner i aktivitetssystemet. Slik er det ikke per nå, men funnene antyder at de ansatte til dels hadde en felles forståelse for situasjonen og dermed så behov for å iverksette tiltak for å endre eksisterende praksis på døgntilbudet. Enkelttiltak som ble belyst i denne sammenheng var samarbeid på flere nivåer, reflekterende kommunikasjon, etablering av faste rutiner for aktivitetsopplegg og økt utnyttelse av eksisterende ressurser.

## 7. Oppsummering, refleksjon og konklusjon

I dette avsluttende kapittelet vil først studiens praktiske implikasjoner bli belyst. Videre vil det bli gitt en redegjørelse for tolkning og kritikk av anvendt teoretisk rammeverk, for så å belyse styrker og svakheter med studien. Deretter vil forslag til videre forskning bli vektlagt, og avslutningsvis vil det bli gitt en oppsummering av studiens funn.

### 7.1 *Praktiske implikasjoner*

Oppgavens formål var å redegjøre for pasienter og ansatte sine erfaringer med fysisk aktivitet som et behandlingstiltak ved DPS. Arbeidet har gitt meg innsikt i utfordringer og muligheter i dagens tilbud på individ- og systemnivå. Resultatene pekte på sider ved eksisterende praksis med et betydelig forbedringspotensial. Funnene viste at samtlige deltakere var positive til fysisk aktivitet som et behandlingstiltak. Pasientene opplevde en rekke positive virkninger av fysisk aktivitet, og oppga fysisk aktivitet som en verdifull behandlingsform. Med bakgrunn i de mange konsekvensene og fysiske helseutfordringene som følge av psykisk sykdom, er det grunnlag for å støtte eksisterende forskningsevidens vedrørende satsing på og prioritering av strukturert fysisk aktivitet for målgruppen. Studien viser at det er store individuelle forskjeller i personlige preferanser for fysisk aktivitet hos pasientgruppen. Dette taler for å inkludere mennesker med psykiske lidelser sine erfaringer, interesser og ønsker i et helhetlig behandlingstilbud. Det kom også frem at dagens psykiske helsevern benytter hensiktsmessige metodiske tilnærminger i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser. Videreføring av disse prinsippene, blant annet gjennom en aktivitetskontekst, anbefales. Resultatene i studien viste også at fysisk aktivitet ofte kommer i konflikt med andre behandlingstilbud og gjøremål, og blir nedprioritert av flere ansatte. I denne sammenheng kan studien bidra med nyttig kunnskap om utfordringer og muligheter knyttet til implementering av fysisk aktivitet som et behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis viste studien hvilke implementeringstiltak – og prosesser som har vært avgjørende for at fysisk aktivitet ble en integrert og verdsatt del av dagbehandlingen. Noen av de belyste suksessfaktorene knyttet til implementering av fysisk aktivitet var nøye planlegging før oppstart av aktivitetstilbudet, fast struktur og etablerte rutiner sammen med tverrfaglig samarbeid, felles holdninger og en åpen og reflekterende kommunikasjon innad i kollegiet. Resultatene fra studien kan dermed være en veiviser for hvordan fremtidige intervensjoner kan utforme, tilrettelegge og

gjennomføre fysisk aktivitet i spesialisthelsetjenesten, som igjen kan øke sannsynligheten for en vellykket implementering, og derav forbedring av eksisterende praksis.

## **7.2 Teoretiske betraktninger**

### **7.2.1 Tolkning av aktivitetsteorien**

Etter å ha satt meg grundig inn i og anvendt aktivitetsteorien, oppfatter jeg den som en prosess- og systemorientert, levende og inspirerende teori å arbeide med. Likevel oppleves den også som en kompleks og omfattende teori, som tidvis er vanskelig å forstå. Dette understøttes i et intervju med Engeström, hvor han presiserer at teorien er krevende både teoretisk og praktisk, og belyser flere dimensjoner, generasjoner, opphav og aspekter på tvers av systemet (Engeström & Glăveanu, 2012, s. 518).

Vanligvis blir aktivitetsteorien diskutert i lys av to kontekster, nemlig sosiokulturell teori og kulturhistorisk teori (Martin & Peim, 2009, s. 131). Teoriene som har forskjellige opphav og opprinnelse, blir ofte brukt synonymt i litteraturen (Martin & Peim, 2009, s. 131). Dette har gjort det vanskelig å skille de ulike teoriene fra hverandre, og sikre at riktig perspektiv og opphav ble synliggjort i oppgaven. I tillegg har det vært tidkrevende å få tilgang til relevant litteratur, samt velge ut de momentene som er mest sentrale for å kunne besvare forskningsspørsmålet. På grunn av oppgavens omfang var det nødvendig å avgrense teorigrunnet, og dermed har flere aspekter ved aktivitetsteorien blitt utelatt. Det har også vært utfordrende å velge mellom de ulike generasjonene av teorien, da hver og en av generasjonene kan berike, belyse og besvare forskningsspørsmålet med ulike vinklinger, komponenter og synspunkter. Det var først etter at jeg tok verktøyet i bruk at jeg fikk økt innsikt i og forståelse for aktivitetsteoriens mangfoldighet og kompleksitet. Teorien har bidratt med kunnskap om hvordan DPSet som aktivitetssystem kan implementere og opprettholde fysisk aktivitet gjennom læring og utvikling av organisasjonen. Etter min mening har aktivitetsteorien medvirket til å gi en ny dimensjon og vinkling av forskningsspørsmålene som jeg ellers ikke ville sett. Det er likevel viktig å presisere at aktivitetsteorien er en handlingsorientert teori basert på konkrete tiltak for å endre eksisterende praksis. Mitt prosjekt har ikke hatt til hensikt å igangsette en prosedyre på hvordan fysisk aktivitet skal implementeres og integreres som et behandlingstiltak på DPS, men derimot avdekke nåværende utfordringer og indirekte synliggjøre et endringspotensial.



## 7.2.2 Kritikk av aktivitetsteorien

Ifølge Martin og Peim (2009, s. 131) har aktivitetsteorien blitt et anerkjent og innflytelsesrikt verktøy for transformasjon i praksis, men det er likevel begrensninger ved aktivitetsteorien. Blant annet kritiserer Langemeyer (2006, s. 7) aktivitetsteorien for å glorifisere motsetningenes betydning for læring. Kritikken retter seg mot at Engeströms modell forutsetter at deltakerne konfronterer motsetningene og uoverensstemmelsene ved aktivitetssystemet, men undervurderer sannsynligheten for at deltakerne overholder og imøtekommer seg selv for å unngå konflikter (Langemeyer, 2006, s. 7). Dette kan også ses ved DPSet hvor de ansatte opplevde flere spenninger innad i kollegiet, men istedenfor å oppsøke konfliktene ble de passive og søkte avstand. Det som i teorien skulle stimulere til læring og utviklingen kan i realiteten gi begrensninger og hindre positiv endring av aktivitetssystemet. Aktivitetsteorien bør derfor, etter min mening, i større grad vektlegge begreper som fremmedgjøring og ansvarsbevissthet hos subjektene og aktørene, og deres betydning for læring- og utviklingsprosessen.

Aktivitetsteorien kritiseres også for sitt fokus på lokale aktivitetssystemer (Martin & Peim, 2009, s. 133). Det argumenteres for at teorien ikke klarer å etterkomme de makrososiale prosessene som påvirker de lokale motsetningene i aktivitetssystemet (Martin & Peim, 2009, s. 133). Denne begrensningen opplevde jeg også i møtet med aktivitetsteorien. De ansatte ved DPSet påpekte både interne og eksterne forhold som virket inn på implementering og tilrettelegging av fysisk aktivitet ved enheten. De eksterne forholdene som ble belyst var nasjonale retningslinjer, føringer, reguleringer, lover, forskrifter og styringsdokumenter, samt finansiering og økonomiske rammer. De makrososiale forholdene ved DPSet resulterte i at de ansatte opplevde økt tidspress og arbeidsmengde, flere inn- og utskrivelser, mer dokumentasjons- og rapporteringsarbeid, flere innstramminger og pålagte oppgaver, som tok fokuset bort fra implementering og gjennomføring av fysisk aktivitet. Slike makrososiale strukturer vektlegger et større system som naturligvis vil ha stor innvirkning på det lokale systemet, og hvor disse forholdene ikke vil kunne forstås fullt ut i lys av aktivitetsteorien (Martin & Peim, 2009, s. 133). I fremtidig forskning kan det derfor være behov for å utvide aktivitetsteorien til å vektlegge og ta hensyn til makrososiale perspektiver og politisk kontekst som former og posisjonerer elementene i det lokale aktivitetssystem, og derav i større grad belyse det lokale aktivitetssystemet i et mer helhetlig perspektiv. På den måten kan

endringspraksisen på DPSen i større grad drøftes og ses i lys av nasjonale, politiske og finansielle føringer.

### **7.3 Styrker og svakheter ved studien**

Enhver forskningsstudie har styrker, svakheter, faktorer og perspektiver som på ulikt vis kan påvirke forskningsfunnene. Jeg har kontinuerlig forsøkt å synliggjøre metodologiske valg og tilnærminger, men det kan likevel være svakheter, feilkilder, skjevheter og mangelfulle aspekt ved forskningsprosjektet som er verdt å utdype ytterligere. I det videre vil studiens svakheter og styrker belyses nærmere.

En svakhet ved studien er størrelsen på utvalget, særlig hos pasientgruppen. Det var ikke mulig å gjennomføre forskningen med et større utvalg grunnet en kombinasjon av flere forhold, herunder vanskeligheter med tilgang til enheter grunnet Covid-19, forskning på en sårbar gruppe og prosjektets omfang. Det kunne derfor med fordel ha vært rekruttert flere deltakere for å belyse pasientgruppen. Pasientutvalget, to kvinner, representerer heller ikke en helhetlig pasientgruppe innenfor psykisk helsevern. I sum ga dette begrensninger i materialet, og det er tenkelig at ytterligere empirisk materiale ville bidratt med nye momenter i forskningen (Tjora, 2017, s. 262). I tillegg hadde både de ansatte og pasientene som deltok i forskningsprosjektet en forhistorie med fysisk aktivitet. Det er dermed nærliggende å anta at deltakerne derfor hadde større interesse for fysisk aktivitet og flere positive opplevelser med å være fysisk aktive. Dette kan ha bidratt til en type seleksjonsbias, hvor studiens utvalg avviker fra de gruppene de representerer, og som ikke deltar i studien. I den forbindelse kan en problematisere hvordan snøballutvelgelsen har påvirket datamaterialet. Det kan tenkes at deltakerne i prosjektet er utvalgt på bakgrunn av relevant kjennskap og kunnskap til forskningsområdet. Videre gjenspeiler heller ikke utvalget en maksimal variasjon av fenomenet, da det kun er inkludert én behandlingsenhet i forskningsprosjektet. Den faglige og organisatoriske kvaliteten ved ulike DPS avhenger av de regionale og lokale helseforetakenes totale ressurstilgang vedrørende finansiering, fysiske lokaliteter, fagfolk og politisk prioriteringsvilje (Karlsson & Borg, 2013, s. 125-126). Dermed ville et utvalg hentet fra flere ulike DPS ha avspeilet ulike dimensjoner, variasjoner og ytterpunkter av forskningsspørsmålet (Dalen, 2011, s. 43).

En annen svakhet ved oppgaven er at det benyttede teoretiske rammeverket og dets

prinsipper i hovedsak er rettet mot døgnbehandlingstilbudet, mens det empiriske materialet er innhentet ved dagbehandlingen. Årsaken til dette er at intervjupersonene vektla begge behandlingstilbudene, og det var dermed naturlig å belyse DPSet som helhet. I tillegg er det benyttet en kombinasjon av andre- og tredjegenesjons aktivitetsteori, og det er usikkert hvorvidt en slik posisjonering mellom to generasjoner er forenelig med teorien. Posisjoneringen kan dermed være en svakhet ved oppgaven ved at det delvis avviker fra det teoretiske rammeverket. Likevel kan dette også være en styrke ved forskningsprosjektet da det teoretiske rammeverket har blitt generert og tilpasset oppgavens kontekst gjennom egne løsningsmetoder. I den sammenheng har det blitt redegjort for teoretiske valg i lys av problemstillingen, og avslutningsvis har det blitt rettet oppmerksomhet mot teoriens utfordringer og forbedringspotensial. Det er også sentralt å påpeke at teorien og valgt analyseenhet har gjort det mulig å fremstille det empiriske materialets kompleksitet, og derav også belyse problemstillingens mangfold.

#### **7.4 Forslag til videre forskning**

Dette forskningsprosjektet er ikke en intervensjonsstudie med formål om å igangsette tiltak for å endre praksis på DPSet i en bestemt retning. Derimot tar studien sikte på å identifisere utfordringer og muligheter knyttet til implementering av fysisk aktivitet gjennom aktivitetsteoriens prinsipper og begreper. Fremtidig forskning bør dermed gjennomføre en aktivitetsteoretisk intervensjonsstudie på DPS (de Lange, 2014, s. 174). Dette betyr at selve intervensjonen må rettes mot identifiserte spenninger gjennom motsetningsprinsippet, med formål om å igangsette kontrollerte endringer i tråd med den ekspansive læringssirkelen (de Lange, 2014, s. 174). Dette begrunnes med at forskningsprosjektet har vist at aktivitetsteorien og dens beslektede betraktningmåter er av relevans for implementering og etablering av fysisk aktivitet på DPS. Det er likevel nødvendig med en grundig utprøving av teoriens potensiale for å få en indikasjon på dens praktiske effekt.

Grunnet oppgavens omfang har ikke ledelsen sine tanker, erfaringer og perspektiv blitt inkludert i denne undersøkelsen. Flere enkeltfunn i studien antydte svikt i organiseringen av DPS på ledelsesnivå. Intervju med ledere kunne derfor gi en bredere kartlegging av forhold knyttet til organisering av fysisk aktivitet, da ledelsen trolig har andre erfaringer, tanker og innspill knyttet til hvorfor organiseringen er slik den er.

Forskningsevidens hevder at ledere ved psykiatriske institusjoner er preget av finansierings- og ressursbegrensninger, og derav har en mer pragmatisk tilnærming til implementering av fysisk aktivitet (Sørensen et al., 2020, s. 9). Det kan også tenkes at ledelsen bevisst har overlatt ansvaret for fysisk aktivitet til personalet for å gi de valgmuligheter, autonomi og medbestemmelse vedrørende føringer på arbeidet. Fremtidig forskning bør derfor inkludere og kartlegge alle parter ståsted slik at de faktiske forholdene knyttet til implementering, organisering og gjennomføring av fysisk aktivitet på DPS blir belyst. På bakgrunn av prosjektets omfang var det heller ikke mulig å følge opp pasienter og ansatte over en lengre tidsperiode. Dette kunne gitt en mer nøyaktig fremstilling av forskningsspørsmålet, eksempelvis ved å benytte intervju- og observasjonsstudier over lengre tid. Det er også verdt å merke seg at det empiriske materialet er hentet fra poliklinisk virksomhet gjennom dagbehandlingstilbudet ved DPSet. Likevel tilhører samtlige av de belyste motsetningene døgnbehandlingen. Fremtidig forskning bør derfor kartlegge hvordan fysisk aktivitet benyttes på døgnposter ved DPS. For å avspeile flere dimensjoner og variasjoner av fenomenet bør videre forskning også inkludere flere ulike DPS. En slik maksimal variasjon av fenomenet kan gi sammenligningsgrunnlag med tanke på fellesnevner og ulikheter knyttet til opplevde muligheter og utfordringer ved implementering av fysisk aktivitet på DPS.

## **7.5 Konklusjon**

Et av formålene med dette forskningsprosjektet var å undersøke hvilke erfaringer pasienter og ansatte på DPS har med fysisk aktivitet som behandlingstiltak. Funnene i studien viste at både pasienter og ansatte hadde positive holdninger til bruk av fysisk aktivitet i behandlingssammenheng. Til tross for at pasientene belyste flere barrierer for deltakelse i fysisk aktivitet, opplevde pasientene en rekke positive fysiske, psykiske og sosiale virkninger av fysisk aktivitet. Det andre formålet med oppgaven var å se hvordan pasienter og ansatte sine erfaringer, sett i lys av aktivitetsteori, kan gi kunnskap om muligheter og utfordringer knyttet til implementering av fysisk aktivitet på individ- og systemnivå. Funn i studien viste at samtlige deltakere uttrykte tilfredshet med eksisterende aktivitetstilbud på dagbehandlingen. Det vellykkede tilbudet var et resultat av nøye planlegging av aktivitetenes innhold og godt definerte målsetninger i implementeringsfasen, basert på tidligere erfaringer og evidensbasert kunnskap. I tillegg til faktorer som felles forståelse innad i kollegiet, tverrfaglig samarbeid, systematisk

formidlingsarbeid, utnyttelse av eksisterende ressurser, faste rutiner for og synliggjøring av aktivitetsopplegget sammen med obligatorisk deltakelse to dager i uken. Tilsvarende momenter oppga de ansatte som flaskehalsen på døgnposten, hvor fysisk aktivitet ikke var et strukturert eller etablert behandlingstiltak slik som på dagbehandlingen. I den forbindelse ble det avdekket en rekke spenninger som i hovedsak var rettet mot institusjonelle forhold, som tidspress, stor arbeidsmengde, manglende utnyttelse av eksisterende ressurser, utilstrekkelig rolle- og oppgavefordeling, og manglende regler, struktur og faste rutiner for gjennomføring av fysisk aktivitet. Bakgrunnen for de oppgitte utfordringene er sammensatt, men fordrer at alle ledd i det helhetlige systemet må ta sin del av ansvaret for å løse disse utfordringene. Dette forutsetter tilstrekkelig ressurser fra bevilgende myndigheter, målrettet og aktiv ledelse, og kompetente og engasjerte ansatte. I tillegg til utfordringene på systemnivå, ble det rettet oppmerksomhet mot endringer av personalets holdninger, vilje og motivasjon som årsak til manglende implementering og tilrettelegging av aktivitetstilbud på døgnbehandlingen. Disse resultatene gir støtte for at aktivitetsteorien er et velegnet teoretisk rammeverk for å forstå muligheter og utfordringer knyttet til implementering av fysisk aktivitet på individ- og systemnivå. Studiens resultater taler for at implementering av fysisk aktivitet som et tiltak i en helhetlig behandlingssammenheng er gunstig, og ønsket av samtlige aktører. En vellykket implementering av fysisk aktivitet fordrer likevel en utprøving av en aktivitetsteoretisk intervensjon innen psykisk helsevern i fremtidig forskning.

## Referanser

- 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. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 48-60.  
<https://doi.org/10.4276/030802212X13286281650956>
- Almvik, A. & Borge, L. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Fagboklaget.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse-og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk.
- Bassilios, B., Judd, F. & Pattison, P. (2014). Why don't people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (SSDs) get enough exercise? *Australasian Psychiatry*, 22(1), 71-77. <https://doi.org/10.1177/1039856213510575>
- Berry, J. M. (2002). Validity and reliability issues in elite interviewing. *PS: Political Science & Politics*, 35(4), 679-682. <https://doi.org/10.1017/S1049096502001166>
- Borge, L., Martinsen, E. W., Ruud, T., Watne, Ø. & Friis, S. (1999). Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients. *Psychiatric services*, 50(1), 81-84. <https://doi.org/10.1176/ps.50.1.81>
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage Publishing.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101  
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Carless, D. & Douglas, K. (2012). The Ethos of Physical Activity Delivery in Mental Health: A Narrative Study of Service User Experiences. *Issues Ment Health Nurs*, 33(3), 165-171. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.637659>
- Carpiniello, B., Primavera, D., Pilu, A., Vaccargiu, N. & Pinna, F. (2013). Physical activity and mental disorders: a case-control study on attitudes, preferences and perceived barriers in Italy. *Journal of Mental Health*, 22(6), 492-500. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.815330>
- 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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, K. K. (2021). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid - en oppsummering av kunnskap. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2771773/Fysisk%20aktivitet%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1>
- Daumit, G. L., Goldberg, R. W., Anthony, C., Dickerson, F., Brown, C. H., Kreyenbuhl, J., Wohlheiter, K. & Dixon, L. B. (2005). Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(10), 641-646. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000180737.85895.60>
- de Lange, T. (2014). Aktivitetsteori og læring. I J. H. Stray & L. Wittek (Red.), *Pedagogikk: en grunnbok* (s. 162-177). Cappelen Damm Akademisk.

- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2018). *Hva er forskningsetikk?* Hentet 16.12.2020 fra <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/hva-er-forskningsetikk/>
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R., Pompeu, F. A., Coutinho, E. S. F. & Laks, J. (2009). Exercise and mental health: many reasons to move. *Neuropsychobiology*, 59(4), 191-198.  
<https://doi.org/10.1159/000223730>
- Edwards, P. & Tsouros, A. D. (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Ekeland, T. J. (2011). Ny kunnskap - ny praksis. Et nytt psykisk helsevern.  
<https://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf>
- Engestrom, Y. (1993). Developmental studies of work as a testbench of activity theory: The case of primary care medical practice. *Understanding practice: Perspectives on activity and context*, 64-103.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511625510.004>
- Engestrom, Y. (1995). Innovative organizational learning in medical and legal settings. I L. M. W. Martin, K. Nelsen & E. Tobach (Red.), *Sociocultural psychology: Theory and practice of doing and knowing* (s. 326). Cambridge University Press.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding: an activity-theoretical approach to developmental research*. (2. utg.). Cambridge University Press.
- Engeström, Y. (1996). Developmental work research as educational research: Looking ten years back and into the zone of proximal development. *Nordisk pedagogik*, 16(3), 131-143.
- Engeström, Y. (2001). Expansive learning at work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of education and work*, 14(1), 133-156.



<https://doi.org/10.1080/13639080020028747>

- Engeström, Y. (2009). The future of activity theory: A rough draft. *Learning and expanding with activity theory*, 303-328.  
<http://lhc.ucsd.edu/mca/Paper/ISCARkeyEngestrom.pdf>
- Engeström, Y. & Glăveanu, V. (2012). On third generation activity theory: Interview with Yrjö Engeström. <https://doi.org/10.5964/ejop.v8i4.555>
- Engeström, Y. & Miettinen, R. (1999). Activity theory and individual and social transformation. I Y. Engeström, R. Miettinen & R. L. Punamäki (Red.), *Perspectives on activity theory* (s. 19-38). Cambridge University Press.
- Engeström, Y. & Pyörälä, E. (2021). Using activity theory to transform medical work and learning. *Med Teach*, 43(1), 7-13.  
<https://doi.org/10.1080/0142159x.2020.1795105>
- Engeström, Y. & Sannino, A. (2010). Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational research review*, 5(1), 1-24.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.edurev.2009.12.002>
- Eyre, H. A., Papps, E. & Baune, B. T. (2013). Treating depression and depression-like behavior with physical activity: an immune perspective. *Front Psychiatry*, 4, 3.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00003>
- Fangen, K. (2010). Deltagende observasjon (2. utg.). *Bergen: Fagbokforlaget*.
- Farholm, A., Sørensen, M., Halvari, H. & Hynnekleiv, T. (2017). Associations between physical activity and motivation, competence, functioning, and apathy in inhabitants with mental illness from a rural municipality: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 17(1), 359. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1528-3>
- First, M. B., Kendler, K. S. & Leibenluft, E. (2017). The future of the DSM: implementing a continuous improvement model. *JAMA psychiatry*, 74(2), 115-

116. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3004>

Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R. & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 46(14), 2869-2881. <https://doi.org/10.1017/s0033291716001732>

Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk epidemiologi*, 23(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>

Fogarty, M. & Happell, B. (2005). Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: A qualitative study. *Issues Ment Health Nurs*, 26(3), 341-351. <https://doi.org/10.1080/01612840590915711>

Glesne, C. & Peshkin, A. (1992). *Becoming qualitative researchers: an introduction*. Longman.

Greig, G., Entwistle, V. A. & Beech, N. (2012). Addressing complex healthcare problems in diverse settings: insights from activity theory. *Social Science & Medicine*, 74(3), 305-312. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.006>

Hagen, R. & Kennair, L. E. O. (2016). *Psykiske lidelser*. Gyldendal akademisk.

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1, 188-196. <https://doi.org/10.1080/13561820500081745>

Hansen, B., Anderssen, S.A., Steene-Johannessen, J., Ekelund U., Nilsen A.K., Andersen, I.D., Dalene, K.E., & Kolle, E. (2015). Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge. Nasjonal Kartlegging 2014–2015 (IS-2367). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter>

- Happell, B., Platania-Phung, C. & Scott, D. (2013). Physical health care for people with mental illness: training needs for nurses. *Nurse education today*, 33(4), 396-401. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.01.015>
- Happell, B., Platania-Phung, C. & Scott, D. (2011). Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International journal of mental health nursing*, 20(5), 310-318. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00732.x>
- Harris, R. (2013). *ACT-enkelt og greit: en innføring i aksept-og forpliktelsesterapi*. Gyldendal akademisk.
- Hasan, H. & Banna, S. (2012). The unit of analysis in IS theory: The case for activity. *Information Systems Foundations*, 191. <https://doi.org/10.22459/isf.10.2012.08>
- Helgerud, J. & Eithun, G. (2010). *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. <https://docplayer.me/3468460-Evaluering-av-fysisk-aktivitet-pa-resept-i-nordland-og-buskerud-fylkeskommune-jan-helgerud-og-geir-eithun.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997-1998). *St.prp. nr. 63: Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet: regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-aktive-liv/id2704955/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2020). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2020-06-19-78 ). Lovdata.no.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3)

Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer.*

<https://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse—ROP-lidelser. IS-1948.* <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse/>

Helsedirektoratet. (2014a). *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen. IS-2167.*

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-for-fysisk-aktivitet-innspill-til-departementet/>

Helsedirektoratet. (2014b). *Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsykiatriske senter (DPS) (IS-2156).*

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsykiatriske-sentre/>

Helsedirektoratet. (2014c). *Sammen om mestring—Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.* <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/>

Helsedirektoratet. (2015). *En gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten.*

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/>

- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR)*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-aktivitetsdata-i-psykisk-helsevern/>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020 (IS-2734)*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Døgnplasser i det psykiske helsevernet. Samdata spesialisthelsetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/>
- Helsedirektoratet. (2019b, 29. april 2019). *Fysisk aktivitet for voksne og eldre*. Hentet 24.02.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide>
- Helsedirektoratet. (2019c). *Hvor skal man begynne? Et utfordringsbilde blant familier med barn og unge som behøver samensatte offentlige tjenester. Kapittel 9. Det svakeste ledd: tverrsektorielt samarbeid*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvor-skal-man-begynne-et-utfordringsbilde/>
- Helsedirektoratet. (2020). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2021 (ISF-regelverket) (IS-2966)*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/>
- Helsetilsynet. (2010). *Distriktpsikiatriske tjenester - et likeverdig tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske senter (ISSN: 1503-4798)*.  
<https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/2010/distriktpsikiatriske-tjenester-likeverdig-tilbud/>

- Helsetilsynet. (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse*.  
[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport7\\_2019.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport7_2019.pdf)
- Hodgson, M. H., McCulloch, H. P. & Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Mental Health and Physical Activity*, 4(1), 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2011.01.002>
- Hoffmann, P. (1997). The endorphin hypothesis. In W. P. Morgan (Ed.), *Series in health psychology and behavioral medicine. Physical activity and mental health* (p. 163–177). Taylor & Francis. <https://psycnet.apa.org/record/1997-97207-010>
- Holter, H. (1997). Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning. *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, 2, 9-25. Universitetsforlaget.
- Huseby, B., Pedersen, P. B., Mjelde, A. & Huus, G. (2015). Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/>
- Jensen, R. & Aas, M. (2012). *Å utforske praksis – videregående*. Cappelen Damm Akademiske forlag.
- Jenssen, A. G. (2009). Brukermedvirkning i sosialtjenesten: en studie av sosialarbeidernes perspektiv. [https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/267677/287268\\_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/267677/287268_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt.

- Kaiser, K. (2012). Protecting confidentiality. *The Sage handbook of interview research*, 457-464. Sage publishing.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal akademisk.
- Kennedy, S. & Stewart, H. (2011). Collaboration between occupational therapists and teachers: Definitions, implementation and efficacy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 209-214. [https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00934.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00934.x)
- Kjøllesdal, J., Iversen, H. H., Danielsen, K., Haugum, M. & Holmboe, O. (2017). Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016. Nasjonale resultater. *PasOpp-rapport*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-i-2016/>
- Kuutti, K. (1996). Activity theory as a potential framework for human-computer interaction research. *Context and consciousness: Activity theory and human-computer interaction*, 1744. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.92.5417&rep=rep1&type=pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lal, 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>
- Langemeyer, I. (2006). Contradictions in expansive learning: Towards a critical analysis of self-dependent forms of learning in relation to contemporary socio-technological change. *Qualitative Social Research*. <https://doi.org/10.17169/fqs->

### 7.1.76

- Larsen, F. B. (2008). *Fysisk sykdom hos psykisk syge*. Hentet 11.05.2020 fra <https://www.defactum.dk/siteassets/defactum/3-projektsite/hvordan-har-du-det/hhdd---sundhedsprofil/analyser/online-nr.-4---sygdom-hos-psykisk-syge.pdf>
- Leont'ev. (1981). *Problems of the Development of the Mind*. Progress.
- Liedtka, J. M., Whitten, E. & Sorrells-Jones, J. (1998). Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study/practitioner response. *Journal of Healthcare Management*, 43(2), 185.  
<https://doi.org/10.1097/00115514-199803000-00013>
- Lin, C., Tan, B. & Chang, S. (2008). An exploratory model of knowledge flow barriers within healthcare organizations. *Information & Management*, 45(5), 331-339.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.im.2008.03.003>
- Lincoln, Y. & Guba, E. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of Qualitative Research* (s. 163-188).  
[https://sabinemendesmoura.files.wordpress.com/2014/11/gubaelincoln\\_novo.pdf](https://sabinemendesmoura.files.wordpress.com/2014/11/gubaelincoln_novo.pdf)
- Lone, J. A., Værnor, K. E., Brochmann, M., Stenstadvold, M. & Holte, H. W. (2019). *Tverrfaglig samarbeid og ledelse på oppvekstfeltet* Bydelene Alna, Bjerke, Grorud og Stovner. [https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2019/03/Rapport\\_Oslo\\_Tverrfaglig-samarbeid-og-ledelse-pa-oppvekstfeltet\\_AK.pdf](https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2019/03/Rapport_Oslo_Tverrfaglig-samarbeid-og-ledelse-pa-oppvekstfeltet_AK.pdf)
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Marshall, C. & Rossman, G. B. (2014). *Designing qualitative research*. Sage publications.



- Martin, D. & Peim, N. (2009). Critical perspectives on activity theory. *Educational Review*, 61(2), 131-138. <https://doi.org/10.1080/00131910902844689>
- Martinsen, E. W. (1995). The effects of exercise on mental health in clinical populations. I S. J. J. Biddle (Red.), *European perspectives on exercise and sport psychology*. (s. 71-84). Human Kinetics Publishers.
- Martinsen, E. W. (2018a). Fysisk aktivitet og psykiske lidelser. I Monica Klungland Torstveit, Hilde Lohne-Seiler, Sveinung Bertsen & Sigmund A. Andersen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm AS.
- Martinsen, E. W. (2018b). *Kropp og sinn : fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3 utg.). Fagbokforlaget.
- Mason, O. J. & Holt, R. (2012). Mental health and physical activity interventions: a review of the qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 21(3), 274-284. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.648344>
- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice--a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of clinical nursing*, 10(4), 419-428. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00495.x>
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*, . Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd05f469334c469d8e513e87838b07fb/no/pdfs/stm201920200009000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet. Regjeringen.no.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 33 (2015-2016). *NAV i en ny tid - for arbeid og aktivitet*. Det kongelige arbeids- og sosialdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/8f9e56528fb340eb9f6515cc21ab5119/no/pdfs/stm201520160033000dddpdfs.pdf>
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax.
- Moe, T. (1998). Fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling: muligheter og begrensninger. I Toril Moe, Nils Retterstøl & Marit Sørensen (Red.), *Fysisk aktivitet - en ressurs i psykiatrisk behandling*. Universitetsforlaget.
- Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet, psykisk helse & kognitiv terapi* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Moe, T. & Martinsen, E. W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moe (Red.), *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi* (s. 76-96). Fagbokforlaget.
- Murphy, E. & Rodriguez-Manzanares, M. A. (2008). Using activity theory and its principle of contradictions to guide research in educational technology. *Australasian Journal of Educational Technology*, 24(4).  
<https://doi.org/10.14742/ajet.1203>
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>

- Nardi, B. A. (1996). Activity theory and human-computer interaction. *Context and consciousness: Activity theory and human-computer interaction*, 436, 7-16.
- Nelson Jr, C. P. (2002). *Contradictions in learning to write in a second language classroom: Insights from radical constructivism, activity theory, and complexity theory*. The University of Texas at Austin.  
<https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/812>
- Nerhus, K. A., Anderssen, S. A., Lerkelund, H. E. & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. *Norsk epidemiologi*, 20(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v20i2.1335>
- Nilsen, L. L. (2013). Medisinsk kunnskap gjennom medierte samtaler. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 243-255). Gyldendal Akademisk.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.  
<https://doi.org/10.1111%2Fj.1745-6924.2008.00088.x>
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M. & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS one*, 8(1), e55176.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>
- Norvoll, R. (2002). *Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. Gyldendal.
- Nymo, H. N. (2020). Jakten på endrings snakket—hvordan integrere Motiverende intervju i klinisk praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(1), 37-46.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-01-04>

- O'Kelly, J. G., Piper, W. E., Kerber, R. & Fowler, J. (1998). Exercise groups in an insight-oriented, evening treatment program. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48(1), 85-98. <https://doi.org/10.1080/00207284.1998.11491523>
- Orm, S. & Løkke, J. A. (2020). Kan aksept-og forpliktelsesterapi øke psykologisk fleksibilitet hos personer med autismspekterforstyrrelser? <https://hdl.handle.net/11250/2728895>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*, (LOV-2020-12-04-134 ). Lovdata.no. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1)
- Pervin, L. A. (1984). *Personality : theory and research* (4. utg.) Wiley.
- Petruzzello, S. J., Landers, D. M. & Salazar, W. (1993). Exercise and anxiety reduction: Examination of temperature as an explanation for affective change. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15(1), 63-76. <https://doi.org/10.1123/jsep.15.1.63>
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Universitetsforlaget.
- Prop. 1 S (2012-2013). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7df13d2ea4eb447e93cdfbee3f7e42b2/no/pdfs/prp201220130001hodddpdfs.pdf>
- Proudfoot, J. G., Jayawant, A., Whitton, A. E., Parker, G., Manicavasagar, V., Smith, M. & Nicholas, J. (2012). Mechanisms underpinning effective peer support: a qualitative analysis of interactions between expert peers and patients newly-diagnosed with bipolar disorder. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-196>

- Psykisk helsevernloven. (2020). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. H.-o. omsorgsdepartementet. Lovdata.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_1)
- Rastad, C., Martin, C. & Åsenlöf, P. (2014). Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. *Physical therapy*, 94(10), 1467-1479. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120443>
- Restall, G., Ripat, J. & Stern, M. (2003). A Framework of Strategies for Client-Centred Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 103-112.  
<https://doi.org/10.1177/000841740307000206>
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S. & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric services*, 56(3), 324-331.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.3.324>
- Robson, D. & Haddad, M. (2012). Mental health nurses' attitudes towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness: The development of a measurement tool. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 72-83.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.011>
- Rådet for psykisk helse & Fagrådet - rusfeltets hovedorganisasjon. (2017). *Den gode hjertebanken - fysisk aktivitet som et tilbud i behandlingen*. Hentet 30.09.2020 fra [https://psykiskhelse.no/assets/council/Dokumenter/Rus-vs-trening\\_ORIGINAL\\_okt2018.pdf](https://psykiskhelse.no/assets/council/Dokumenter/Rus-vs-trening_ORIGINAL_okt2018.pdf)
- Schwandt, T. A. (2001). *Dictionary of qualitative inquiry*. Sage.
- Scott, D. & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues Ment Health Nurs*, 32(9), 589-597.  
<https://doi.org/10.3109/01612840.2011.569846>

- Seale, C. (2007). Quality in Qualitative Research. IC Seale, G Gobo, JF Gubrium & D Silverman (red). *Qualitative research practice*, 379-389. Sage.
- Seibert, S. E., Wang, G. & Courtright, S. H. (2011). Antecedents and consequences of psychological and team empowerment in organizations: a meta-analytic review. *Journal of applied psychology*, 96(5), 981.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022676>
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research* (4. utg.). Sage.
- Silverman, D. (2014). *Interpreting qualitative data* (5. utg.). Sage.
- Sjetne, I. S., Holmboe, O. & Danielsen, K. (2019). Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre. Resultater i 2018 og utvikling over tid. *PasOpp-rapport*.  
<https://www.fhi.no/contentassets/3ef7995ea898407cb73e10053bdd2700/nasjonale-rapport-om-fastlegers-vurdering-av-dps.pdf>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (2. utg.). Gyldendal.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktpsykiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* (IS-1388).  
<http://hdl.handle.net/11250/2444716>
- Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Hemmings, L. & Vancampfort, D. (2014). Barriers to and facilitators of physical activity among persons with schizophrenia: a survey of physical therapists. *Psychiatric services*, 65(5), 693-696.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300276>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2021). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-2020-12-04-134 ). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

- St. Prp. Nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative health research*, 19(10), 1504-1516.  
<https://doi.org/10.1177%2F1049732309348501>
- Stoknes, P. E. (1998). Kroppens bevegelse som åpning til det økologiske Selv. I Toril Moe, Nils Retterstøl & M. Sørensen (Red.), *Fysisk aktivitet - en ressurs i psykiatrisk behandling* (s. 43-48). Aker sykehus, divisjon psykiatri. Universitetsforlaget.
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Svensson, J., Volfing, B., Crafac, L. & Kragerup, J. (2006). Fysisk aktivitet i psykiatrien - undervisningsmateriale.  
<https://www.sst.dk/~media/9AEA48BFC7424581BEF950ADA2B91C5B.ashx>
- Sørensen, M., Bentzen, M. & Farholm, A. (2020). Lessons Learned From a Physical Activity Intervention in Psychiatric Treatment: Patient, Staff, and Leader Perspectives. *Front Psychiatry*, 11, 87. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00087>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Theologia, Z., Evangelos, F. & Lambrini, K. (2015). The use of exercise in mental health care. *American Journal of Nursing*, 4(1), 16-21.  
<http://dx.doi.org/10.11648/j.ajns.s.2015040201.14>
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

- Tommessen, M. H., Martinsen, E. W. & Arsky, G. H. (2005). Kosthold og fysisk aktivitet ved psykiatriske institusjoner. *Tidsskrift for Den norske legeforsening* nr. 23, 3297-9. <https://tidsskriftet.no/2005/12/om-helsetjenesten/kosthold-og-fysisk-aktivitet-ved-psykiatriske-institusjoner>
- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V. & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric services*, 58(3), 405-408. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.405>
- Vancampfort, D., De Hert, M., Vansteenkiste, M., De Herdt, A., Scheewe, T. W., Soundy, A., Stubbs, B. & 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>
- Vecchio, R. P., Justin, J. E. & Pearce, C. L. (2010). Empowering leadership: An examination of mediating mechanisms within a hierarchical structure. *The Leadership Quarterly*, 21(3), 530-542. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.leaqua.2010.03.014>
- Verdens Helseorganisasjon. (1999). ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribe.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher mental process*. I. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Harvard university press.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M. & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 453-458.



<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085100>

Way, D., Jones, L. & Busing, N. (2000). Implementation strategies: collaboration in primary care—family doctors & nurse practitioners delivering shared care. *Toronto: Ontario College of family physicians*, 8.  
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.383&rep=rep1&type=pdf>

Willumsen, E. (2005). *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget.

World Health Organization. (2019a). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). ICD-10 Browser (latest version, 2019)*.  
<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/V>

World Health Organization. (2019b). *Mental disorders*. Hentet 04.06.2021 fra  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L. & Lassemo, E. (2020). Pakkeforløp for psykisk helse og rus-fagfolks erfaringer første året.  
<https://hdl.handle.net/11250/2719242>

Åstrand, P.-O., Rodahl, K., Dahl, H. A. & Strømme, S. B. (2003). *Textbook of work physiology: physiological bases of exercise*. Human kinetics.

## Tabelloversikt

Tabell 1. En forenklet oversikt av utvalgte psykiske lidelser i henhold til ICD-10. Klassifikasjonen er hentet fra kapittel V, omhandlende psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (World Health Organization, 2019a).....	13
Tabell 2. Beskrivelse av utvalg 1 (ansatte).....	56
Tabell 3. Beskrivelse av utvalg 2 (pasienter) .....	57

## Figuroversikt

Figur 1. Illustrasjon av dose-responsforholdet mellom fysisk aktivitet og oppnådd helsegevinst. Figur er hentet fra Helsedirektoratet (2019a). .....	21
Figur 2. Fremstilling av grunnstrukturen i et aktivitetssystem med dets seks tilhørende komponenter (Engeström, 1987, s. 78), oversatt til norsk av Jensen og Aas (2012, s. 111).....	30
Figur 3. Fremstilling av to interaktive aktivitetssystemer (Engeström, 2009, s. 305), oversatt til norsk av Jensen og Aas (2012, s. 118). .....	31
Figur 4. Illustrasjon av Engeström (2001, s. 152) sin ekspansive lærings sirkel, oversatt til norsk av Jensen og Aas (2012, s. 88). .....	36
Figur 5. Illustrasjon av valgt analyseenhet. ....	73

## Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide for ansatte

Vedlegg 2: Intervjuguide for pasienter

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Vedlegg 5: Vurdering fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk (REK)

Vedlegg 6: Godkjenning fra NIHs etiske komité

Vedlegg 7: Illustrasjon av veien fra koder til ferdig definerte globale temaer

## **Intervjuguide for ansatte**

### ***Informasjon***

- Presentere meg selv, bakgrunnen og formålet med prosjektet
- Anonymitet, intervjuet er frivillig og kan avsluttes
- Taleopptaket slettes etter transkribering
- Informasjonsskriv og samtykkeerklæring
- Oppfølging av pasientgruppen
- Avtale varighet på intervjuet
- Greit å ta notater
- Unngå å nevne navnet ditt eller andre sitt

### ***Introduksjonsspørsmål***

- Alder
- Utdanning/yrkestittel
- Hvor lenge har du arbeidet på enheten?
- Har du arbeidet på liknende steder før?
- Kan du si litt om hvordan dere jobber på dagavdelingen, og litt generelt om pasientgruppen der?

### ***Generelt om fysisk aktivitet***

- Hva legger du i begrepet fysisk aktivitet, hvilke assosiasjoner får du?
- Hvilken tidligere erfaring har du med fysisk aktivitet og trening? I ulike faser av livet: barn, ungdom, voksen?

### ***Fysisk aktivitet på DPS***

- Er fysisk aktivitet en del av tilbudet som gis til pasienter ved behandlingsenheten? På hvilke måter? Kan du utdype dette?
- Hva blir gjort for å tilrettelegge for fysisk aktivitet på dagavdelingen?
- Fysisk aktivitet har dokumentert forebyggende og behandlende effekt på en rekke psykiske lidelser, som blandt annet depresjon og angstlidelser. Er dette noe dere

diskuterer i kollegiet?

Hvis ja, hva kommer opp i de diskusjonene? I hvilken grad opplever du enighet/uenighet vedrørende prioritering av ulike tiltak?

- Hvilke positive opplevelser har du med fysisk aktivitet på arbeidsplassen din?
- Hvilke utfordringer og hindringer ved fysisk aktivitet opplever du på arbeidsplassen din? Da gjerne fysiske utfordringer, eks. økonomi, transport, ressurser o.l.
- Hvilke tanker har du om tilbudet som gis av fysisk aktivitet på enheten? Mengde, form, variasjon og gjennomføring.

### ***Fysisk aktivitet for pasientgruppen***

- I hvilken grad er betydningen av fysisk aktivitet et tema i møte med pasienten? Og hvordan presenteres det?

Hvis ja, hvilke reaksjoner får du fra pasienten da?

- Hvilke tanker har du om pasientgruppens mulighet til å gjennomføre fysisk aktivitet?
- Hvilke utfordringer og barrierer tror du pasientgruppen opplever i møte med fysisk aktivitet?
- Er pasientene på en eller annen måte med på utformingen av det fysiske aktivitetstilbudet?

Hvis ja, hvilken betydning tror du det kan ha for pasientene?

- Hvordan jobber dere med å motivere pasientene til fysisk aktivitet?
- Opplever du at du har tilstrekkelig kunnskap om fysisk aktivitet til å anbefale og eventuelt tilrettelegge for fysisk aktivitet til pasientgruppen?

### ***Avslutningsvis***

- Noe du ønsker å ta opp eller utdype?
- Noe du tenker det er relevant å ta opp i de andre intervjuene?

### ***Alternative oppfølgingsspørsmål***

- Så spennende, kan du utdype mer om dette?
- Forstår jeg deg rett når du sier...?
- Kan du forklare hva du mener med...?

## **Intervjuguide for pasienter**

### ***Informasjon***

- Presentere meg selv, bakgrunnen og formålet med prosjektet
- Anonymitet, intervjuet er frivillig og kan avsluttes
- Taleopptaket slettes etter transkribering, intervjuet blir slettet etter prosjektslutt
- Informasjonsskriv og samtykkeerklæring
- Avtale varighet på intervjuet, maks 45 minutter
- Si litt om hva jeg faktisk er ute etter
- Unngå å nevne navn
- Det vil bli tatt notater underveis

### ***Introduksjonsspørsmål***

- Alder
- Har du noen utdanning/jobber nå/tidligere?
- Kan du si litt om ditt sosiale nettverk?
- Hvor lenge har du vært i behandling her?
- Kan du si noe om hvorfor du er i behandling her?
- Har du vært på noen liknende steder før?

### ***Generelt om fysisk aktivitet***

- Hvilke tidligere erfaringer har du med fysisk aktivitet og trening? Har du drevet aktivt med idrett, eller mer vært mosjonist i ulike faser av livet: barn, ungdom, voksen?
- Kan du si litt om hvordan du liker å være i aktivitet nå? (Enten det er ute i naturen, delta på idrettsaktiviteter eller trene på et treningssenter?)
- Hvordan opplever du disse aktivitetene, og hva gir det deg? (Glede, energi, motivasjon)
- Kan du si litt om hvilke aktiviteter du ikke setter så stor pris på? Og har du noen tanker om hvorfor du opplever det slik?

### ***Fysisk aktivitet på DPS***

- Hvordan opplever du aktivitetstilbudet her på DPS? (Mengde, variasjon, type aktiviteter og gjennomføring).
  - Er det noe du tenker burde vært annerledes eller noe du savner? (Eller har du forslag til hvordan fysisk aktivitet bør legges opp?)
  - Er fysisk aktivitet et tema de ansatte drøfter med deg?
- Hvis ja, opplever du at dere har de samme tankene om fysisk aktivitet?
- Er du noen gang med på å bestemme innholdet på f.eks. på turdagen? (Medbestemmelse, kompetanse og inkludering/fellesskap).
  - Kan du si noe om hvordan du blir motivert for fysisk aktivitet?
- Opplever du at personale er viktig for din motivasjon?

### ***Utfordringer og fordeler***

- Er det noe med fysisk aktivitet som gjør det vanskelig for deg å gjennomføre? Fysisk, psykisk og sosialt.
- Hvordan håndterer du vanligvis disse utfordringene?
- Hvis du har fått til å gjennomføre fysisk aktivitet, hva var det som gjorde det? Hvis du ikke har fått det til, hva var det som gjorde at du ikke fikk det til?
- Hvilke positive opplevelser har du hatt med fysisk aktivitet her på DPS?
- Har fysisk aktivitet noen betydning for den livssituasjonen du er i? Fysisk, psykisk og sosialt.
- Hva skal til for at du opprettholder aktiviteten videre?
- Har du fått noe informasjon rundt aktivitetstilbud i din kommune når du er ferdig med behandlingsopplegget her?

### ***Avslutningsvis***

- Er det noe du ønsker å ta opp som vi ikke har snakket om eller noe du vil utdype ytterligere?

### ***Alternative oppfølgingsspørsmål***

- Så spennende, kan du utdype mer om dette?
- Forstår jeg deg rett når du sier...?
- Kan du forklare hva du mener med...?



## **Informasjonsskriv**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

*«fysisk aktivitet som et behandlingstiltak på distriktpsikiatriske senter»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente opplysninger om ansatte og pasienter sine refleksjoner av fysisk aktivitet som et behandlingstiltak på distriktpsikiatriske sentre. I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Bakgrunn og formål**

Mitt navn er Anna Ellingsen Sagvolden, og jeg tar en mastergrad i *idrettsmedisin* på Norges Idrettshøgskole. For tiden arbeider jeg med min masteroppgave, og i den forbindelse ønsker jeg å intervjuer både ansatte og pasienter ved distriktpsikiatriske sentre.

Problemstillingen min lyder som følger: *«Hvilke refleksjoner har ansatte og pasienter ved Distriktpsikiatriske Senter (DPS) om fysisk aktivitet som behandlingstiltak?»*

Videre vil også følgende underspørsmål bli benyttet for å avgrense og gi retning til forskningen:

- *Hvilke erfaringer og opplevelser har pasienter med det å være i fysisk aktivitet?*
- *Hvilke tanker og erfaringer har ansatte om fysisk aktivitet som et behandlingstiltak?*

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltakelse i studien innebærer et intervju med meg som vil bli spilt inn med lydopptak, dersom du som informant godkjenner dette. Opplysningene som innhentes vil omhandle spørsmål om refleksjoner av fysisk aktivitet og dets rolle som et behandlingstiltak i psykiatrien. Intervjuet vil ta rundt 45 minutter +/-.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg ønsker totalt 4-6 deltakere til prosjektet, med både kvinnelige og mannlige deltakere i alderen fra 18 år og oppover. Deltakerne må enten være ansatte eller pasienter på et DPS i Norge. Rekruttering av deltakere skjer ved at (a) aktuelle kandidater for forskningsspørsmålet tar kontakt med meg og melder sin interesse, eller (b) relevante kandidater for forskningsspørsmålet kontakter andre aktuelle informanter til deltakelse i prosjektet. Det er dermed viktig å presisere at selv om du er rekruttert gjennom et avhengighetsforhold vil ikke det få innvirkning på ditt forhold til ledelsen, til ansatte, til pasienter eller andre, selv om de ikke vil delta i studien eller senere velger å trekke seg.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Opplysningene om deg vil bare bli brukt til formålene som er beskrevet i dette skrivet. Under hele forskningsprosessen vil personopplysningene bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Personopplysningene anonymiseres når prosjektet er godkjent, og vil kun være tilgjengelig for meg og min veileder. Din personalia vil lagres adskilt fra øvrige data og slettes når oppgaven leveres. For å sikre at uvedkommende får tilgang til personopplysningene vil de bli kryptert med en koblingsnøkkel, som vil bli låst inn i en safe på hovedveileders kontor. Det vil bli benyttet pseudonymer i den ferdige oppgaven, men det likevel mulighet for at prosjektdeltakerne kan gjenkjennes i materialet. Opplysninger om deg vil bli behandlet basert på ditt samtykke.

### **Dine rettigheter ved deltakelse**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- å få innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Det er også viktig å presisere at det er frivillig å delta i studien. Som deltaker har du til enhver tid mulighet til å trekke ditt samtykke for studien uten å oppgi grunn. Dersom du takker ja, kan du dermed helt frem til prosjektets slutt trekke deg fra undersøkelsen. All informasjon om deg som informant vil da bli slettet.

På oppdrag fra Norges Idrettshøgskole, avdeling idrettsmedisinske fag, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Vedtak fra NIH's etiske komite anser prosjektet som forsvarlig og gjennomførbart innenfor rammene av anerkjente forskningsetiske normer nedfelt i NIHs retningslinjer. Prosjektet har blitt fremlagt for REK– Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, men var ikke meldepliktig da prosjektet faller utenfor helseforskningsloven.

### **Hvordan kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges idrettshøgskole ved Gro Rugseth: [gro.rugseth@nih.no](mailto:gro.rugseth@nih.no)
- Vårt personvernombud: [personvernombud@nih.no](mailto:personvernombud@nih.no)

Ved spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post: [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no), eller på telefon: 55 58 21 17.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien kan du også kontakte meg per e-post eller på telefon:

Anna Ellingsen Sagvolden  
Telefon: 90621656  
E-post: [annasagvolden@gmail.com](mailto:annasagvolden@gmail.com)

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Student

*Gro Rugseth*

*Anna Ellingsen Sagvolden*

# Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*fysisk aktivitet som et behandlingstiltak på distrikopsykiatriske senter*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å ha mottatt og forstått informasjonen om prosjektet
- å delta på intervju
- at lydopptak blir brukt under intervjuet
- at jeg kan bli gjenkjent i den ferdige oppgaven
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

## NSD sin vurdering

**Prosjekttittel**

Refleksjoner om fysisk aktivitet som behandlingstiltak ved distriktpsikiatriske senter (DPS)

**Referansenummer**

486804

**Registrert**

01.07.2020 av Anna Ellingsen Sagvolden - annaes@student.nih.no

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges idrettshøgskole / Institutt for idrettsmedisinske fag

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Gro Rugseth, gro.rugseth@nih.no, tlf: 23262366

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Anna Ellingsen Sagvolden, annasagvolden@gmail.com, tlf: 90621656

**Prosjektperiode**

01.09.2020 - 20.06.2021

**Status**

19.08.2020 - Vurdert

## Vurdering (1)

### 19.08.2020 - Vurdert

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 19.08.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### 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](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 helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2021.

#### 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 av personopplysninger om utvalg 1 vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysninger om utvalg 2 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 og samtykker 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.

Vi minner om at hvis 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 ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 5: Vurdering fra REK



Region: REK sør-øst C      Saksbehandler: Anders Strand      Telefon:      Vår dato: 27.08.2020      Vår referanse: 172390  
Deres referanse:

Gro Rugseth

### **172390 Refleksjoner om fysisk aktivitet som behandlingstiltak ved distriktpsikiatriske senter**

**Forskningsansvarlig:** Norges idrettshøgskole

**Søker:** Gro Rugseth

#### **Søkers beskrivelse av formål:**

*Formålet med prosjektet er å utvikle kunnskap om fysisk aktivitet som et behandlingstiltak ved distriktpsikiatriske senter (DPS). Prosjektet ønsker å besvare spørsmål som:*

- Hvilken betydning tillegger deltakerne (behandlere og pasienter) fysisk aktivitet?
- Hvordan opplever pasienter det å være i aktivitet?
- Hvordan opplever behandlere fysisk aktivitet som tiltak?
- Hvilke hindringer opplever deltakerne ved fysisk aktivitet, og hvordan håndteres disse?

*Det er gjennomført liknende studier på feltet, men det er fortsatt stort behov for mer kunnskap om tematikken. Blant annet er det begrenset forskningsevidens rundt ansattes og pasienters holdninger, oppfatninger, atferd og kunnskap knyttet til fysisk aktivitet ved psykiatriske institusjoner. Med dette som bakgrunn har prosjektet som formål å innhente oppdatert kunnskap på området, som kan ha betydning for måten fysisk aktivitet tas i bruk som et behandlingstiltak ved DPS-er i fremtiden. Prosjektet kan også gi kunnskap om hvilke aktiviteter som oppleves som meningsfylt for deltakerne, noe som kan gi retning for senere tilrettelegging av fysisk aktivitet for målgruppen.*

#### **REKs vurdering**

REK viser til innsendt fremleggingsvurdering for prosjektet 172390 «Refleksjoner om fysisk aktivitet som behandlingstiltak ved distriktpsikiatriske senter», mottatt 17.08.2020. Komiteleder for REK sør-øst C har nå vurdert henvendelsen, med tilhørende dokumentasjon.

Prosjektleder beskriver følgende forskningsspørsmål:

- Hvilken betydning tillegger deltakerne (behandlere og pasienter) fysisk aktivitet?
- Hvordan opplever pasienter det å være i aktivitet?
- Hvordan opplever behandlere fysisk aktivitet som tiltak?
- Hvilke hindringer opplever deltakerne ved fysisk aktivitet, og hvordan håndteres disse?

---

**REK sør-øst C**

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: [rek.sorost@medisin.uio.no](mailto:rek.sorost@medisin.uio.no)

Web: <https://rekportalen.no>

Prosjektet kan således fremskaffe kunnskap relevant for utformingen av behandlingstiltak, men komiteen mener, basert på den dokumentasjonen som er fremlagt, at studien ikke har til formål å skaffe til veie ny kunnskap om sykdom og helse, slik dette forstås i helseforskningslovens § 4. Prosjektet fremstår derfor ikke som fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Studien kan gjennomføres uten REK-godkjenning.

REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

### **Vedtak**

Ikke fremleggspliktig

Vi gjør oppmerksom på at avgjørelsen av spørsmålet om fremlegging er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Med vennlig hilsen  
Britt Ingjerd Nesheim  
Prof. Dr.med  
Komiteleder, REK sør-øst C

Anders Strand  
Rådgiver



## Vedlegg 6: Godkjenning fra NIH's etiske komité

Gro Rugseth  
Institutt for idrettsmedisinske fag

OSLO 08. oktober 2020

### Søknad 161 – 240920 – Refleksjoner om fysisk aktivitet som behandlingstiltak ved distriktpsikiatriske senter

Vi viser til søknad, prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv, intervjuguide, innsendt melding til NSD, komiteens tilbakemelding datert 25.9.2020, revidert søknad mottatt 5.10.2020 og tilleggsinformasjon mottatt 7.10.2020. I henhold til retningslinjer for behandling av søknad til etisk komite for idrettsvitenskapelig forskning på mennesker, har leder av komiteen på fullmakt fra konkludert med følgende:

#### Vurdering

Det fremgår av revidert søknad at prosjektets omfang er redusert og således tilpasset rammene for en masteroppgave. Intervjuguiden for pasienter er revidert for å ivareta forskningsetiske hensyn og det er redegjort for bruk av ansatte ved institusjonen i rekrutteringsprosessen samt masterstudentens erfaring mht personer med psykiske lidelser. I meldeskjemaet som er sendt NSD fremgår det at *«det vil bli foretatt en risikovurdering av behandling av personopplysninger før oppstart av prosjektet og i samsvar med hovedveileder. Sentrale forhold i denne risikovurderingen vil være opplysningenes følsomhet og miljøet opplysningene bearbeides og lagres i»*. Komiteen vil bemerke at da det skal registreres følsomme helseopplysninger (psykiatriske diagnoser) skal opplysningene om dette i henhold til retningslinjer ved NIH lagres i «Sikker sone». Leder av IKT kan kontaktes for mer informasjon om dette.

#### 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*
- *Data/opplysninger om utvalg lagres i henhold til NIHs retningslinjer og i samsvar med risikovurderingen av behandlingen av personopplysninger*

**NIH** NORGES  
IDRETTSHØGSKOLE

Besøksadresse: Sognsveien 220, Oslo  
Postadresse: Pb 4014 Ulevål Stadion, 0806 Oslo  
Telefon: +47 23 26 20 00, postmottak@nih.no  
[www.nih.no](http://www.nih.no)

Komiteen forutsetter videre at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte i tråd med de til enhver tid gjeldende tiltak ifbm Covid-19 pandemien.

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

Vedlegg 7: Illustrasjon av veien fra koder til ferdig definerte globale temaer

