

«Å miste et viktig holdepunkt»

*En kvalitativ studie om opplevelsen av å miste et aktivitetstilbud under
koronapandemien.*

Bodil Vestli



Masteroppgave

Masterprogram for helsefremmende arbeid og helsepsykologi

Det psykologiske fakultet

HEMIL-senteret

UNIVERSITETET I BERGEN

Våren 2022

Forord

Jeg ble introdusert for Psykiatrialliansen gjennom en forelesning på HEMIL-senteret, og det var da jeg fikk ideen til masteroppgaven. Jeg er personlig opptatt av fysisk aktivitet og hvordan dette påvirker oss mennesker på ulike måter. I lys av koronapandemien som herjet i verden, begynte jeg å undre meg over hvordan målgruppen til Psykiatrialliansen opplevde å miste et aktivitetstilbud som en følge av at landet stengte ned.

Først vil jeg takke de flotte deltakerne som takket ja til å stille til intervju og fortelle sine historier. Videre vil jeg takke alle ved Psykiatrialliansen for godt samarbeid og god hjelp i prosessen med å komme i kontakt med deltakerne. Veilederen min Torill Marie Bogsnes Larsen fortjener en ekstra stor takk for god veiledning, nyttige tips og tilbakemeldinger gjennom hele skriveprosessen. Takk til medstudentene mine for å ha gjort dette året til et fint og minneverdig år med mye latter, kaffe og gode samtaler. En spesiell takk til Malin for trofast oppmøte på Alrek, god stemning, yogapauser og kjeksspising. Takk mamma og pappa for korrekturlesing og oppmuntrende ord.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	V
Abstract	VI
1 Introduksjon	1
1.1 Psykiatraliansen	2
1.2 Begrepsavklaring	3
1.3 Oppgavens oppbygging	4
2 Teoretisk rammeverk	5
2.1 Helsefremmende arbeid	5
2.2 Salutogenese	8
2.2.1 Opplevelse av sammenheng (OAS)	11
2.2.2 Generelle og spesifikke motstandsressurser	12
2.2.3 Salutogenese og helsefremmende arbeid	13
2.3 Lazarus og Folkmans stressmestringsteori	14
2.3.1 Stress	14
2.3.2 Følelser	15
2.3.3 Mestring	16
3 Litteraturgjennomgang	20
3.1 Litteratursøk	20
3.2 Forekomst av psykiske plager og lidelser	21
3.2.1 Forekomst av psykiske plager og lidelser internasjonalt	21
3.2.2 Forekomst av psykiske plager og lidelser i Norge	21
3.2.3 Kostnader knyttet til psykisk helse	22
3.3 Psykisk helse og fysisk aktivitet	22
3.4 Fysisk aktivitet i fellesskap med andre	25
3.5 Koronapandemien og psykisk helse	27
3.6 Oppsummering	30
3.7 Studiens formål og forskningsspørsmål	30
4 Metode	31
4.1 Vitenskapsteori og epistemologi	31
4.2 Forskningsdesign	31
4.3 Datainnsamling	33
4.3.1 Intervju	33
4.3.2 Intervjuguide	34
4.3.3 Utvalg og utvalgskriterier	35

4.3.4	Rekruttering.....	36
4.3.5	Gjennomføring av intervju	36
4.4	Analyse av datamaterialet.....	37
4.4.1	Transkribering	37
4.4.2	Tematisk nettverksanalyse	38
4.5	Kvalitetssikring.....	40
4.5.1	Forskerrollen og forforståelse	42
4.6	Etikk.....	43
4.6.1	Frivillig samtykke	43
4.6.2	Konfidensialitet og anonymitet	44
4.6.3	Konsekvenser	45
4.6.4	Sårbare grupper	45
5	Presentasjon av funn	46
5.1	Konsekvenser av å miste et aktivitetstilbud under pandemien.....	47
5.1.1	Ensomhet.....	47
5.1.2	Mistet et viktig holdepunkt	48
5.1.3	Forverret fysisk helse	50
5.1.4	Psykiske utfordringer	51
5.2	Ressurser og mestringsstrategier	53
5.2.1	Opprettholde fysisk aktivitet	53
5.2.2	Verdien av nettverk og sosialt fellesskap.....	55
5.2.3	Endret livsstil og vaner.....	57
6	Diskusjon	59
6.1	Studiens sentrale funn.....	59
6.2	Å miste fellesskapet var krevende	60
6.3	Betydningen av nære relasjoner	62
6.4	Gruppetilhørighet var viktig	63
6.5	Ressurser og nettverk.....	65
6.6	Stressituasjon som en trussel og utfordring	67
6.7	Motivasjon for fysisk aktivitet.....	68
6.8	Den psykiske helsen ble forverret	70
6.9	Opparbeidet kunnskap gjennom deltakelse	72
6.10	Implikasjoner for helsefremmende arbeid	73
6.10.1	Beredskap er viktig.....	73
6.10.2	Betydningen av lavterskeltilbud.....	74

6.11	Styrker og begrensninger ved studien	75
6.11.1	Intervjuguide	75
6.11.2	Bruk av portvokter	75
6.11.3	Egen forskerrolle	76
6.12	Forslag til videre forskning.....	77
7	Avslutning.....	78
	Referanseliste	80
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	I
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv – deltaker	III
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv – trener	V
	Vedlegg 4: Godkjenning fra REK.....	VII

Sammendrag

Koronapandemien har vært en stor påkjenning for mange grupper i Norge. Blant annet har lavterskeltilbud som driver fysisk aktivitet rettet mot personer med psykiske utfordringer blitt nedstengt i perioder. Formålet med studien har vært å undersøke hvordan deltakere hos Psykiatraliansen har opplevd å miste et aktivitetstilbud under koronapandemien, og hvordan de har håndtert dette tapet. Dette er en kvalitativ studie, og datamaterialet ble samlet inn gjennom seks semistrukturerte intervjuer. Deltakerne var over 18 år og alle har vært deltaker eller trener på aktivitetstilbudet før, under og etter nedstengingen. Analyse av datamaterialet ble gjort med tematisk nettverksanalyse. Studien diskuterer funnene i lys av teoriene om salutogenese og stressmestring.

Studien fant at deltakerne har hatt en gjennomgående negativ opplevelse av bortfallet av aktivitetstilbudet. Flere opplevde å miste et viktig holdepunkt som førte til ensomhet, og forverret fysisk og psykisk helse. For flere ble en ustrukturert og uforutsigbar hverdag preget av uro og bekymring. Studiens funn viste at noen deltakere klarte å mobilisere ressursene sine, mens andre strevde mer med dette. Nettverket og nære relasjoner var en viktig ressurs. Savnet etter det sosiale fellesskapet og tilhørigheten til gruppen var vanskeligere enn å miste den fysiske aktiviteten. Deltakelse på aktivitetstilbudet hadde gitt deltakerne erfaring og kunnskap om trening, som noen klarte å ta i bruk som en mestringsstrategi. I likhet med annen forskning kan det tyde på at personer med psykiske utfordringer har hatt det vanskeligere under nedstengingen enn den øvrige befolkningen.

Nøkkelord: Fysisk aktivitet, psykisk helse, koronapandemien, salutogenese, stressmestringsteori, lavterskeltilbud, smitteverntiltak, helsefremmende arbeid

Abstract

The corona pandemic has been a great strain for many people in Norway. Activities for people with mental health challenges, run by low-threshold services, have been shut down several times. The purpose of this qualitative study has been to look into how participants of Psykiatraliansen have experienced the loss of activity during the corona pandemic, and their coping strategies. The data material was collected through six semi-structured interviews, the interviewees (18+ yr) have been participants or trainers on activities before, during and after the lockdown. Thematic network analysis was used to analyse the data. The study discusses the findings in light of the theory of salutogenesis and theory of stress and coping.

Results showed a general negative experience of loss of activity. Losing an important point of reference led to loneliness, and worsened physical and mental health. The unstructured everyday life was characterized by anxiety and worry. Some interviewees were able to mobilize their resources, while others struggled more with this. The social networks and relationships were an important resource. The longing for the social community and group feeling was more difficult than losing the physical activities. Participation in the activity had led to experience and knowledge about training, which were used as a coping strategy. It seems like people with mental health challenges have had a hard time during the lockdown, compared with the general population, which is consistent with existing research.

Keywords: Physical activity, mental health, corona pandemic, salutogenesis, theory of stress and coping, low-threshold services, infection prevention measures, health promotion

1 Introduksjon

Vinteren 2020 erklærte WHO (2020) spredningen av koronaviruset som en pandemi, og i skrivende stund er samfunnet og vi som innbyggere fortsatt berørt av situasjonen. Under pandemien har det vært mye fokus på de kortsiktige fysiske og psykiske konsekvensene av viruset, men ifølge Kjøs et al. (2021) er langtidskonsekvensene uklare og lite kjent per nå. De direkte og indirekte konsekvensene på sikt er derfor trolig like viktig å følge med på.

Siden koronapandemien traff Norge i mars 2020 har landet vært gjennom mange endringer og nye tilpasninger. Dette førte til at vi som innbyggere måtte omstille oss på flere områder. Hjemmeundervisning, hjemmekontor, munnbind og 1-metersregelen var noe som raskt ble den nye «normalen» og en del av hverdagen vår. Isolasjon og ensomhet er blant konsekvensene mange har kjent på (Kjøs et al., 2021; Kvinnsland et al., 2021), og ifølge Vedaa et al. (2021) kan koronatiltakene ha hatt en særlig negativ effekt for personer som har psykiske plager fra før (Vedaa et al., 2021). Koronakommisjonen har vurdert myndighetenes håndtering av pandemien som god, men landet var likevel ikke godt nok forberedt i forkant av pandemien (Kvinnsland et al., 2021). I tillegg ble mange sektorer berørt av strenge smitteverntiltak, deriblant organisert aktivitet. I lange perioder har for eksempel den organiserte treningen rettet mot innendørs aktivitet hos voksne vært nedstengt (Helsedirektoratet, 2021a), og det er under pandemien registrert større inaktivitet blant de fleste aldersgrupper (FHI, 2021b). Nasjonale og lokale tiltak er endret jevnlig, med til tider lite forutsigbarhet. I takt med endringer av tiltakene i landet, har det vært et fokus på å kartlegge befolkningens psykiske helse under pandemien (Kjøs et al., 2021). Det antas at den generelle befolkningen ikke vil oppleve de negative konsekvensene på den psykiske helsen som varige, men det vil kreve ny forskning i etterkant av pandemien for å kunne fastslå dette nærmere (Vedaa et al., 2021). Det vil også være behov for studier av effektene av redusert fysisk aktivitet som følge av smitteverntiltakene. Både hvordan langtidsvirkningene slår ut på fysisk kapasitet og hvordan redusert aktivitetsnivå har innvirket på psykisk helse.

Det er lenge blitt hevdet at fysisk aktivitet og psykisk helse er to elementer som påvirker hverandre (Camacho et al., 1991; Espnes & Smedslund, 2018, s. 220; Farmer et al., 1988; Stephens, 1988). Virkninger av fysisk aktivitet kan være mange, for eksempel redusert stress,

økt selvfølelse og mentalt velvære, og bedre søvn (Martinsen, 2018, s. 55-56). Det er i tillegg vist at fysisk aktivitet kan ha en forebyggende effekt på den psykiske helsen og livskvaliteten vår (Bertheussen et al., 2011; Holstila et al., 2017; Sanchez-Villegas et al., 2012). I heftet Aktivitetshåndboken (Bahr, 2015) presenteres flere forskningsprosjekter som underbygger det faktum at fysisk aktivitet reduserer risikoen for psykiske lidelser og fungerer som en forebyggende faktor. I håndboken redegjøres det for at fysisk aktivitet er en viktig faktor for økt livskvalitet og psykisk stabilitet for ulike sykdommer og tilstander (Bahr, 2015). Espnes og Smedslund (2018, s. 220) påpeker imidlertid at området psykisk helse og fysisk aktivitet er komplekst og at psykisk helse er vanskelig å definere, fordi det er subjektivt og med store variasjoner. Mye av forskningen er videre basert på virkningene av fysisk *trening*, og det er dermed en risiko for at mye av den fysiske aktiviteten, som ikke faller inn under begrepet trening, er utelatt fra studier og ikke er en del av kunnskapsgrunnlaget (Espnes & Smedslund, 2018, s. 220).

Aktivitetstiltak og møteplasser der det tilbys aktivitet med meningsfullt innhold vil være et viktig tilbud for mange som sliter med psykiske utfordringer. Dette kan bidra til å dekke sosiale behov og nettverksbygging (Helsedirektoratet, 2014). Under koronapandemien er disse møteplassene og tilbudene spesielt viktige for denne gruppen (Kjøs et al., 2021). Siden et av tiltakene har vært å stenge ned organisert aktivitet for voksne, vil det være interessant å se hvilken betydning bortfall av et aktivitetstilbud har hatt for personer med psykiske utfordringer. I denne studien vil konsekvensene av frafallet av aktivitetstilbudet hos Psykiatrialliansen bli undersøkt. I det videre presenteres Psykiatrialliansen, et lavterskeltilbud i Bergen.

1.1 Psykiatrialliansen

Psykiatrialliansen er et lavterskeltilbud og ett av flere aktivitetstilbud i Bergen for personer med en bakgrunn med psykiske utfordringer. Organisasjonen er et samarbeid mellom Helse Bergen og Bergen kommune. De tilbyr trening og aktivitet for de som ikke lenger er en del av et behandlingsopplegg i psykiatrien eller har kontakt med en behandlingstilbud.

Organisasjonen har som mål å redusere følelsen av ensomhet hos deltakerne og hjelpe de ut av isolasjon gjennom aktivitet og felles treninger (Psykiatrialliansen, 2021). Organisasjonen har i pandemien vært gjennom perioder med begrenset tilbud og full nedstenging.

Psykiatrialliansen har åpnet dørene som følge av den gradvise gjenåpningen av samfunnet, og

tilbudet er inntil videre tilbake i normal drift. I en undersøkelse gjennomført av Sellereite (2019) kommer det frem at et slikt lavterskeltilbud kan ha stor betydning for deltakernes opplevelse av tilhørighet, mestring og selvfølelse. Ut ifra dette kan det antas at en organisasjon som Psykiatrialliansen, som aktivt arbeider mot å redusere ensomhet, vil ha god effekt på psykisk helse. Når et slikt tilbud brått forsvinner grunnet strenge tiltak i samfunnet, er det grunn til å anta at brukerne av tilbudet ville oppleve dette som negativt. Det vil derfor være interessant å få innblikk i hvordan deltakere på organisert fysisk aktivitet, og med bakgrunn preget av psykiske utfordringer, opplevde å miste et aktivitetstilbud som mer eller mindre plutselig ble borte.

1.2 Begrepsavklaring

Det finnes ulike definisjoner og fortolkninger knyttet til begrepet *psykisk helse* (Reneflot et al., 2018). Verdens helseorganisasjon definerer psykisk helse som: «a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community» (WHO, 2005). Psykisk helse blir således definert som noe mer enn bare fravær av sykdom og lidelse (WHO, 2005). Oppgaven tar utgangspunkt i denne definisjonen av psykisk helse, da det er en positivt ladet definisjon og fokuserer mer på menneskets muligheter og ressurser fremfor begrensinger.

Det er imidlertid viktig å skille mellom begrepene plage og lidelse når vi snakker om psykisk helse. En *psykisk plage* blir betegnet som et symptom på en sinnstilstand. Dette kan for eksempel være nedstemthet. Slike plager vil oppleves svært forskjellig fra individ til individ, og vil være belastende i ulik grad. Opplevelsen av sterke psykiske plager innebærer imidlertid ikke at personen har en psykisk lidelse (Reneflot et al., 2018). I studien vil begrepene psykisk plage og psykisk utfordring bli brukt synonymt.

En *psykisk lidelse* er en tilstand eller en diagnose, som for eksempel angstlidelse og depresjon. En slik diagnose blir satt av klinikere med grunnlag i gitte kriterier. I Norge bruker vi den internasjonale klassifikasjonen ICD-10, som jevnlig blir oppdatert og endret (Reneflot et al., 2018).

I litteraturen er ikke begrepet *fysisk helse* definert spesifikt, men med *fysisk aktivitet* og *fysisk trening* menes all form for bevegelse som medfører økt energiforbruk og bevegelse som blir utført med en intensjon om å forbedre og/eller opprettholde fysisk form (Espnes & Smedslund, 2018, s. 215).

En *pandemi* kjennetegnes av rask spredning av en smittsom sykdom over landegrensener, der smitten skjer effektivt mellom mennesker (FN, 2020). Sykdommen *covid-19* er forårsaket av koronaviruset SARS-Cov-2 og kan føre til ulike grader av luftveisinfeksjoner og er definert som en pandemi (FHI, 2021a).

1.3 Oppgavens oppbygging

Videre i oppgaven blir teorigrunnet presentert i kapittel to. Kapittel tre er en gjennomgang av relevant litteratur og forskning, etterfulgt av presentasjon av forskningsspørsmålet. Oppgavens valg av metode blir begrunnet i kapittel fire, i tillegg til en redegjørelse for kriterier for kvalitet og etiske problemstillinger. Videre blir resultatene presentert i kapittel fem, etterfulgt av en diskusjon av resultatene opp mot tidligere forskning og teori i kapittel seks. Avslutningsvis blir oppgavens styrker og svakheter belyst. En oppsummering av resultatene og konklusjon presenteres i oppgavens siste del, kapittel sju.

2 Teoretisk rammeverk

En teori er et sett med antakelser som brukes for å forklare eller forutsi et fenomen. Disse antakelsene er faglig godt forankret og konsistente (Malterud, 2016; 2017, s. 17). Begrepet teori rommer mye: modeller, definisjoner, begreper og teorier. I tillegg er tradisjoner innen forskning med å farge det teoretiske rammeverket som blir brukt i en studie. Alle disse delene av teorien kan brukes som et underlag for å få en forståelse av meningsinnholdet i datamaterialet og skape en sammenheng i tolkningen (Malterud, 2017, s. 47). I denne delen av oppgaven presenteres helsefremmende arbeid, Antonovskys teori om salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS). Der etter en beskrivelse av stressmestringsteorien til Lazarus og Folkman.

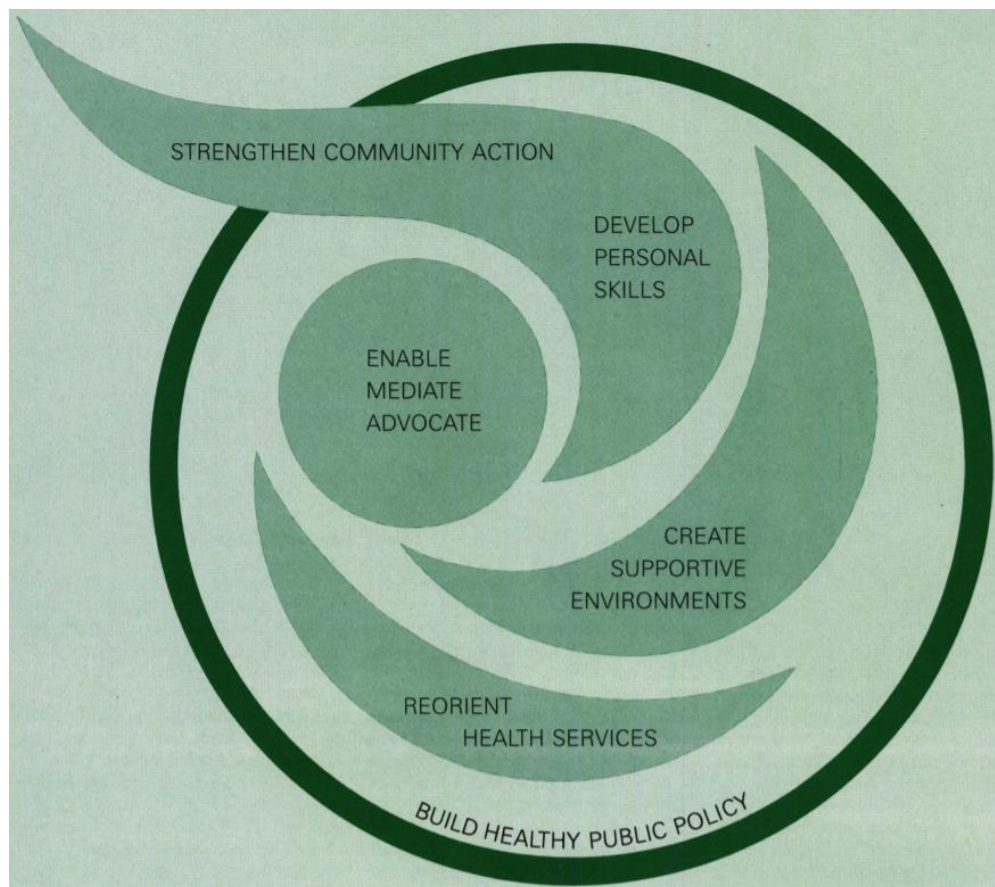
2.1 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid handler om å styrke den enkeltes mulighet til å ta kontroll over sin egen helse og å være i stand til å forbedre den. Mat, husly og inntekt er elementer som er sentrale og må ligge til grunn for å kunne oppnå dette. I tillegg er det viktig med støttende omgivelser som åpner opp for muligheten til å ta helsefremmende valg og muligheten til å skape utvikling for enkeltindivider og samfunnet på ulike områder (WHO, 1984). Verdens helseorganisasjon (WHO) er en sentral aktør i det helsefremmende arbeidet. På den 30. World Health Assembly i 1977 ble det etablert en bevegelse som skulle sikre «Helse for alle». Det som er gjennomgående i denne bevegelsen, i andre publikasjoner fra WHO og som er nøkkelpunkter for helsefremmende arbeid er at:

- Helse skal være en fundamental rettighet for alle mennesker.
- Ulikhet i helse mellom land er uønsket.
- Helse skal være et hovedmål.
- Det er et gjensidig forhold mellom helse og sosial utvikling.
- Det er nødvendig å involvere flere ulike sektorer for å jobbe for helse.
- Den enkelte har rett til å delta og ha ansvar i arbeid med egen helse.
- Utdanning er et middel for å utvikle fellesskapets evne til å delta.

(Green et al., 2019, s. 21).

Som en oppfølging av «Helse for alle» ble Ottawa Charteret ratifisert av medlemslandene i WHO i 1986 og er et viktig rammeverk for det helsefremmende arbeidet. Charteret setter fokus på en positiv definisjon av helse og helsens betydning for den enkeltes hverdag (WHO, 1986b). WHO definerer helse slik: «Health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (WHO, 1948). Oversatt til norsk vil dette bli: «Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Med en slik definisjon på helse har folkehelsearbeidet tatt en annen retning enn hva som tidligere ble vektlagt. Det er nå et større fokus på hva som bidrar til god helse for alle, og ikke kun hva som skaper sykdom. Dette kommer frem i fem sentrale strategier i Ottawa Charteret for det helsefremmende arbeidet.



Figur 1. *Ottawa Charter for health promotion*, (1987). Hentet fra WHO.int, (<https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>)

De fem strategiene understreker alle at helsefremmende arbeid er avhengig av samarbeid mellom de styrende organene og lokalmiljøene. *Den første strategien* handler om å bygge opp

og føre en sunn helsepolitikk. Dette krever at helse blir satt på dagsordenen i alle sektorer. Helse skal stå i fokus i alle beslutninger som blir tatt på politisk nivå, der kost-nytteeffektene blir vurdert. I *den andre strategien* skal det legges til rette for at befolkningen selv kan ta helsefremmende valg. Dette fordrer et miljø som støtter oppunder slike valg, med gode arbeidsforhold og trygge bo- og fritidsmiljøer. Strategien om å styrke samfunnets evne til handling er *den tredje strategien* i Ottawa Charteret. Dette går ut på å legge til rette for en helsefremmende utvikling for alle samfunn med utgangspunkt i de allerede eksisterende ressursene som er tilgjengelige. Målet er å støtte planer og prioriteringer som fremmer helsen, og bidra til at disse blir iverksatt. Å utvikle personlige ferdigheter er *den fjerde strategien*. Dette handler om å sikre mennesker nødvendig informasjon og tilrettelegge for at det er mulig å ta kontroll over sin egen helse og ta sunne valg. *Den femte strategien* er å tilpasse helsetjenestene slik at det er et felles mål på alle nivå og sektorer å utvikle et tjenestetilbud som har fokus på helsefremming og forebyggende innsats. Dette er avhengig av et samarbeid på tvers av sektorer for å skape dialog mellom helsesektoren og andre sektorer, og de sosiale og fysiske omgivelsene (Potvin & Jones, 2011; WHO, 1986a). En viktig bidragsyter i dette samarbeidet er lavterskeltilbud, som for eksempel Psykiatrialliansen. De samarbeider med spesialisthelsetjenesten og andre relevante tjenester for å fange opp mennesker som har behov for tilbudene deres.

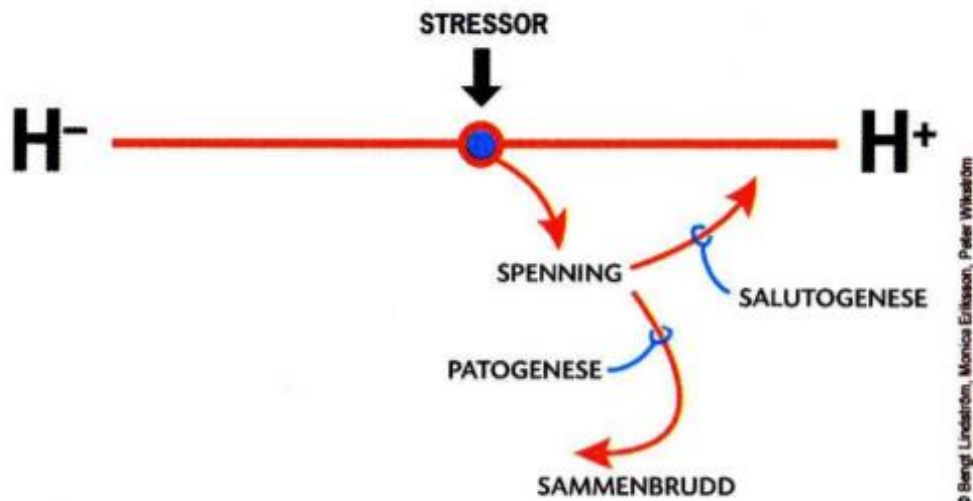
Å få kontroll over sitt eget liv og ha muligheten til å bedre sin egen helse er grunnleggende i helsefremmende arbeid. For å oppnå dette peker Ottawa Charteret på menneskets mulighet til å tilfredsstille egne behov, se og forstå fremtidige mål, i tillegg til å være i stand til å håndtere omgivelsene en er en del av. Disse punktene bidrar til at den enkelte kan leve et sunt og produktivt liv (WHO, 1986b). WHO vedtok i 2021 en videreføring av sin helsepolitikk gjennom Geneva Charteret. Dette charteret bygger på Ottawa Charteret, men vektlegger i større grad miljøvern og klima, og naturens betydning for helse, basert på senere tids forskning (WHO, 2021).

«Perth Charter for the promotion of mental health and wellbeing» (2012) er et annet dokument som belyser psykisk helse i større grad enn Ottawa Charteret. Oppfatningen var at helsefremmende arbeid i størst grad hadde handlet om å fremme fysisk helse. I charteret blir derfor psykisk helse løftet frem som et viktig område å arbeide med (Green et al., 2019, s. 17). Et mål med dette charteret er å likestille mental og fysisk helse i helsefremmende arbeid (McHenry & Donovan, 2013). Charteret består av sju nøkkelpunkter, oppsummert slik: Et

middel for å oppnå likestilling mellom mental og fysisk helse er å unngå å se psykisk helse som kun fravær av psykiske lidelser. I psykisk helsefremmende arbeid er det derfor viktig med et forebyggende fokus for å øke psykisk velvære. Det vil blant annet være viktig med tidlig innsats for å sikre og vedlikeholde grunnstenene for godt sosialt og følelsesmessig vevlære, da disse utvikles allerede i tidlig barndom. For at dette skal sikres kreves det et samarbeid på tvers av ulike sektorer som arbeider for å inkludere psykisk helse inn i det allerede etablerte folkehelsearbeidet. For å legge til rette for et godt tverrsektorielt samarbeid er det nødvendig med mer forskning og kunnskap om psykisk helse. Et viktig poeng i charteret er at psykisk helsefremmende arbeid skal bidra til utvikling på samfunnsnivå i like stor grad som på individnivå. Når det legges til rette for støttende omgivelser og hjelpetjenester, vil individene selv kunne jobbe med sin psykiske helse. I tillegg bør fokuset være på hvordan vi kan opprettholde en god psykisk helse til tross for motgang og sykdom. Dette viser at psykisk helse og psykisk uhelse må ses i sammenheng med hverandre. Psykiske lidelser er fortsatt et tabu tema. Å jobbe for å fjerne diskriminering og stigmatisering av psykiske lidelser er derfor også viktig, og det er viktig at dette settes på dagsordenen (McHenry & Donovan, 2013).

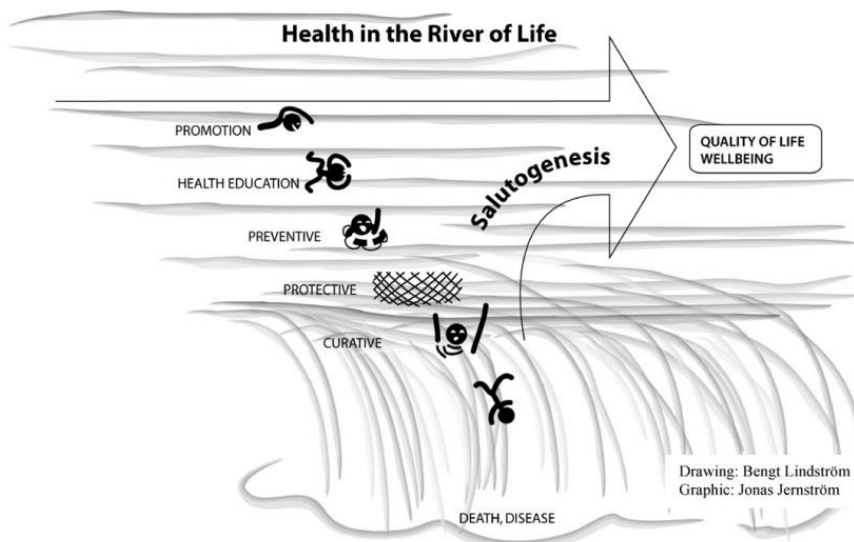
2.2 Salutogenese

Teorien om *salutogenese* ligger til grunn for mye av det helsefremmende arbeidet. Aaron Antonovsky er grunnleggeren av teorien og presenterte begrepet på 1970-tallet (Lindström et al., 2015, s. 14). Helse var lenge blitt assosiert med fravær av sykdom og skade, noe som ofte er negativt ladet (Naidoo & Wills, 2016, s. 6-7). Men med grunnlag i salutogenese ble det skapt en annen tilnærming til helse, nemlig at «vi må se på hva det er som skaper helse, og ikke bare hva som er sykdommens begrensinger og årsaker.» (Lindström et al., 2015, s. 17). Med dette menes at helse handler om evnen til å håndtere vanskelige situasjoner og uforutsette hendelser. Helse handler i tillegg om at du selv tror det er mulig å gjøre endringer som bedrer situasjonen ved hjelp av egen kapasitet og egne ressurser (Lindström et al., 2015, s. 18; Tellnes, 2007). Disse ressursene faller inn under begrepet motstandsressurser som en viktig del av menneskers opplevelse av sammenheng (sense of coherence). Dette presenteres nærmere i 2.2.2.



Figur 2. *Helsekontinuumet mellom helse og uhelse*. Hentet fra Haikerens guide til salutogenese (Lindström et al., 2015, s. 19)

Den enkeltes helse er en del av et kontinuum med helse og uhelse på hver sin ende (Figur 2). Dette er en modell utarbeidet av Antonovsky selv. Innenfor salutogenese er fokuset rettet mot hvilke faktorer som påvirker hvilken retning en person er på vei på dette kontinuumet (Antonovsky, 1979, s. 37). Slike salutogene faktorer kan for eksempel være musikk, ren natur og gode sosiale nettverk (Tellnes, 2007). Andre faktorer som kan påvirke veien vår på kontinuumet er stressorer (Antonovsky, 1979, s. 71). Dette er faktorer som kan skape ubalanse og spenning, avhengig av hvordan disse blir håndtert. Enten vil vi oppleve stressorene som krevende og overveldende, med økt risiko for uhelse på kontinuumet. På den motsatte siden klarer vi å benytte oss av salutogene faktorer og er dermed i retning av helse på kontinuumet (Lindström et al., 2015, s. 18-19). I lys av egen studie kan teorien bidra til å belyse hvilke salutogene faktorer deltakerne har brukt i forsøk på å håndtere det å miste et aktivitetstilbud, i tillegg til i hvilken retning helsen deres har beveget seg på kontinuumet under pandemien.



Figur 3. *Helse i Livets elv*. Hentet fra «A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter» (Eriksson & Lindström, 2008).

«To remain with the metaphor: we are all, always, in the dangerous river of life. The twin question is: How dangerous is *our* river? How well can we swim?» (Antonovsky, 1996, s. 14). Livets elv illustrerer Antonovskys forståelse av helse som et kontinuum, og denne tydeliggjør viktigheten av et helsefremmende perspektiv (Figur 3). Helsefremming handler her om å bidra til at den enkelte lærer å svømme i Livets elv og holder seg flytende til tross for sterk strøm (utfordringer i livet). Vi er i elven gjennom hele livet, med ulike utgangspunkt og ressurser å benytte oss med når vi møter motgang. Ved å «opplyse» og «forebygge» er målet å utvikle og forbedre svømmeferdighetene våre slik at vi lærer å svømme godt nok til å overleve (Mittelmark et al., 2017, s. 50). Dette er en illustrasjon som viser at så lenge vi er i elven (livet) lærer vi og gjør oss erfaringer gjennom livet som hjelper oss å kartlegge våre egne ressurser og å bygge opp motstandsressurser. Det er disse ressursene og erfaringene som bidrar til at vi kan ta valg som bedrer helsen vår (Lindström et al., 2015, s. 24-25).

Patogenese er et annet perspektiv på helse. Med dette perspektivet er fokuset rettet mot risikofaktorer og det som skaper sykdom (Green et al., 2019, s. 92). Slike patogene faktorer kan være tobakk og forurensning av natur og drikkevann (Tellnes, 2007). Denne tilnærmingen valgte Antonovsky (1996) å ta avstand fra. Antonovskys oppfatning var at de vestlige landenes medisinske innsats la for stor vekt på dette. Antonovsky mente at å implementere en mer salutogen tilnærming ville være viktig for forskning og praktisering av helsefremmende arbeid. Å arbeide med mennesker med en patogen tilnærming vil være krevende, da det er

enkelt å glemme at årsakssammenhenger knyttet til sykdom hos mennesker kan være svært komplekse. Antonovsky mente at en patogen tilnærming i for stor grad ser bort fra spørsmålet om *hvorfor* en person i møte med utfordringer opplever sykdom når andre forblir friske (Antonovsky, 1979, s. 55). Svaret på Antonovskys spørsmål kan delvis belyses ut ifra menneskers opplevelse av sammenheng (sense of coherence).

2.2.1 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Vi har alle ulike måter å se sammenhenger på og ulike strategier for å tilpasse oss et liv som kan være preget av kaos og stress. Dette ledet Antonovsky til å utvikle begrepet *sense of coherence*, eller på norsk, opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky, 1996). Begrepet omfatter tre dimensjoner: *håndterbarhet*, *begripelighet* og *meningsfullhet* (Lindström et al., 2015, s. 28). Begripelighet (eng. = comprehensibility) handler om opplevelsen av å forstå en situasjon som fornuftig og forståelig. Situasjonen oppleves som strukturert og sammenhengende, fremfor tilfeldig og kaotisk. En person med høy grad av begripelighet vil oppleve fremtidige situasjoner som forutsigbare, og at problemer vil kunne løses (Antonovsky, 2005, s. 44). Med håndterbarhet (eng. = manageability) menes den enkeltes evne til å tro at ressurser er tilgjengelige og at en klarer å nyttiggjøre seg av disse for å løse et problem (Antonovsky, 1996). Meningsfullhet (eng. = meaningfulness) handler om å oppleve livet som meningsfylt. En opplever en mening med livet ved å investere i å håndtere utfordringer i livet og når en engasjerer seg i å finne en mening i situasjoner som i utgangspunktet føles håpløse (Antonovsky, 2005, s. 46).

Den enkeltes OAS består av evnen til å håndtere stress, i tillegg til at man har en tro på at verden er meningsfull og overkommelig (Mittelmark et al., 2017). Med en sterk OAS menes opplevelsen av å ha forutsigbare gode indre og ytre ressurser. Disse ressursene klarer man å nyttiggjøre seg av slik at livet blir fylt med mening og sammenheng (Antonovsky, 1979, s. 123; Lindström et al., 2015, s. 28). I perioder eller situasjoner av livet vil summen av stressfaktorene kunne være så stor at den enkeltes OAS blir svekket (Mittelmark et al., 2017). Dette kan for eksempel skje ved gjentatte opplevelser av avvisning. Antonovsky (1979, s. 126) utdypet at en svak OAS kommer til uttrykk gjennom en persons mangel på håp og en forventning om at noe vil gå galt, eller at et problem ikke vil kunne løses. På den andre siden vil en sterk OAS gjøre det mulig å fokusere på de ønskelige utfallene i en situasjon, innse realitetene og ha en ekte tro på at problemer vil løses til slutt (Antonovsky, 1979, s. 126-127). En sterk OAS vil også virke forbyggende mot flere psykiske plager, som depresjon, angst og

opplevelsen av håpløshet (Lindström et al., 2015, s. 58). Dette viser at OAS og psykisk helse henger tett sammen.

2.2.2 Generelle og spesifikke motstandsressurser

OAS er i tillegg relatert til *generelle motstandsressurser* (GMR) og *spesifikke motstandsressurser* (SMR) som er med på å påvirke hvordan individet møter og mestrer stressorer. GMR er personlige og kollektive mestringsressurser som styrker den enkeltes evne til å håndtere stressende situasjoner (Langeland, 2011, s. 212). Vi samler og lagrer erfaringer vi gjør oss gjennom livet i vår erfaringsbank av ressurser, og det er denne banken som utgjør motstandsressursene våre (Mittelmark et al., 2017, s. 73). Antonovsky definerer GMR som «karakteristikk hos en person, gruppe eller i omgivelsene som kan legge til rette for effektiv håndtering av stress» (Antonovsky, 1979, s. 99). Disse motstandsressursene bidrar til å bedre helsen og styrke den enkeltes OAS dersom en har disse tilgjengelig og klarer å benytte seg av dem (Lindström et al., 2015, s. 30). I følge Antonovsky er de viktigste motstandsressursene:

- Evnen til å kunne tilpasse seg, både fysisk, psykisk, kulturelt og sosialt.
- Evnen til å danne sosiale relasjoner og skape dype bånd med andre.
- Evnen til å skape en tilknytning til samfunnet du er en del av.

(Antonovsky, 1979, s. 100).

Av Eriksson og Lindström (2015, s. 30) fremkommer at viktige GMR også består av aktiviteter som oppleves som meningsfylte, å ha kontakt med indre følelser og evne til refleksjon rundt eksistensielle spørsmål. Antonovsky var opptatt av hvorfor noen klarte å forbli friske til tross for at de var utsatt for stress og vansker, og det var ut fra dette spørsmålet han introduserte OAS (Eriksson & Lindström, 2008). Generelle motstandsressurser er i tillegg en viktig forutsetning som gjør det mulig å bruke de spesifikke motstandsressursene (Mittelmark et al., 2017, s. 72).

I motsetning til GMR omhandles spesifikke motstandsressurser i mindre grad i litteraturen, og det er ofte et utydelig og udefinert skille mellom GMR og SMR. Felles er at de har innvirkning på evnen vår til å unngå og håndtere stressorer (Mittelmark et al., 2017, s. 72). Mittelmark et al. (2017, s. 73-74) har formulert en beskrivelse av SMR for å definere det lite omtalte begrepet, som de ytre ressursene et individ kan bruke i møtet med stressorer i

spesifikke situasjoner. Men i motsetning til GMR, blir ikke SMR «lagret», og individet tar det *ikke* med seg videre i sin erfaringsbank av ressurser. En SMR kan for eksempel være en helsetjeneste rettet mot en spesifikk sykdom. Likevel er det en sammenheng mellom GMR og SMR, fordi GMR allerede er til stede hos individet, og det er GMR som gjør det mulig å oppdage og ta i bruk en SMR (Mittelmark et al., 2017, s. 73-74). For eksempel kan det å ha tilgang til nettverket, og evnen til å benytte seg av det, fungere som en generell motstandsressurs. Nettverket kan inneha kunnskap og informasjon om ulike tjenester, og det er gjennom å tilegne seg denne informasjonen at individet blir i stand til å komme i kontakt med en helsetjeneste (SMR).

2.2.3 Salutogenese og helsefremmende arbeid

Salutogenese var en av flere teorier som lå til grunn for utarbeidelsen til Ottawa Charteret, og dette har bidratt til at konseptet helsefremmende arbeid har endret seg over tid. Med et salutogent perspektiv har arbeidet fått et større fokus på enkeltmenneskers og samfunnets ressurser og hvordan disse ressursene kan benyttes for å fremme helse og velvære (Mittelmark et al., 2017, s. 12). Helsefremmende arbeid består av flere grunnverdier: rettferdighet, like muligheter til å delta i samfunnet, empowerment, med flere. Disse verdiene er sentrale elementer i salutogenese. Det er et fokus på individets mulighet til å ta en aktiv rolle i sitt eget liv og gi dem muligheten til å ta valg om egen helse (Eriksson & Lindström, 2008). I tillegg handler teorien om å undersøke styrker og svakheter ved det helsefremmende arbeidet, og ikke bare å fokusere på å holde folk friske (Antonovsky, 1996). Innenfor salutogenese er det sentralt at fokuspunktet skal være på den enkeltes historie og mestringsevne, fremfor lidelse og diagnose (Langeland, 2006). Dette samsvarer med grunnleggende ideer innen helsefremmende arbeid, som blant annet ser på hvordan den enkeltes helse kan forbedres gjennom at individet selv begynner å prioritere sine egne perspektiver på hva et godt liv er (Naidoo & Wills, 2016, s. 68). Teorien om salutogenese er relevant for oppgaven min fordi jeg ønsker å se hvordan deltakerne har håndtert nedstengingen og stans av den organiserte aktiviteten, og eventuelt hvilke ressurser de har tatt i bruk for å mestre den nye hverdagen under pandemien. I tillegg vil det være interessant å se forskningsspørsmålet i lys av en stressmestringsteori som forklarer hvordan stress, følelser og mestring henger sammen. Dette vil bli presentert videre i kapitlet.

2.3 Lazarus og Folkmans stressmestringsteori

Mennesker opplever stress ulikt og har forskjellige måter å håndtere stress på. Noen vil reagere kraftigere enn andre, men felles er at stress vil kunne føre til både fysiologiske og psykologiske reaksjoner. Det er derfor viktig å se mennesket som en helhet, da flere deler av menneskekroppen kan bli påvirket av en og samme stressor (Espnes & Smedslund, 2018, s. 110). Hensikten med studien er å se på hvordan deltakernes helse ble påvirket av å miste et aktivitetstilbud på grunn av koronapandemien, og hvordan dette ble håndtert av den enkelte. Lazarus og Folkmans stressmestringsteori vil være relevant fordi den omhandler begrepet *stress*, og i dette tilfelle stress, som følge av tap av et aktivitetstilbud. Teorien omhandler i tillegg begrepet *mestring*, som i oppgaven kan knyttes til ulike måter å håndtere tapet av aktivitetstilbudet. Videre i kapitlet belyses stress, følelser og mestring.

2.3.1 Stress

Begrepet stress har lenge vært vanskelig å definere og i litteraturen benyttes begreper som frustrasjon, konflikt og angst i drøftelser og diskusjon av fenomenet stress (Lazarus, 1966, s. 2). «Stress» har dermed blitt et slags samlebegrep på den følelsesmessige virkningen av presset vi kjenner på i hverdagen (Lazarus et al., 2006, s. 46).

Ifølge Lazarus et al. (2006, s. 68-70) er *stimulustilgang* og *responstilgang* to definisjoner av stress. *Stimulustilgang* handler om ytre stressorer som påvirker individet, som for eksempel en hendelse som å miste jobben eller å miste et aktivitetstilbud. Vi kan håndtere en stressor på en god og dårlig måte, og med dette påvirke i hvor stor grad stressoren oppleves stressende (Lazarus et al., 2006, s. 70). *Responstilgang* handler om de følelsesmessige reaksjonene vi får til stressorer, for eksempel sinne eller uro (Lazarus et al., 2006, s. 72). Av Lazarus et al. (2006, s. 78) fremkommer det videre at stress kan sees på som forholdet mellom miljøet, i form av krav og forventinger, og personen, der opplevelsen av en stressende situasjon er betinget av egenskaper og ressurser hos personen som blir utsatt for stressoren. En situasjon kan nemlig oppleves stressende for noen, men ikke for andre. Dette har å gjøre med hvor sårbar og mottakelig en person er for stressorer og hvordan man klarer å håndtere situasjonen (Lazarus et al., 2006, s. 73-74). I denne sammenheng kan kravene vi kjenner på i en stressituasjon både komme innenfra og utenfra. Når kravet kommer innenfra, handler det for eksempel om at personen legger press på seg selv om å være flink og få gode resultater. Kommer kravet utenfra kan det handle om et press fra det sosiale miljøet rundt personen om å

imøtekomme sosiale normer som den enkelte føler at «må» følges. Også her er det måten vi møter og håndterer disse kravene på som er avgjørende for hvor stressende situasjonen oppleves (Lazarus et al., 2006, s. 82-83).

Psykisk stress oppstår når forholdet mellom person og miljø oppleves som belastende, og overgår hans eller hennes ressurser og evne til å påvirke eget velvære (Lazarus & Folkman, 1984, s. 19). Ifølge Lazarus et al. (2006, s. 49-50) kan psykisk stress deles inn i 3 kategorier: *skade*, *trussel* og *utfordring*. *Skade* handler om noe som allerede har skjedd, mens en *trussel* handler om skade som enda ikke har skjedd, men hvor risiko for at skade kan inntreffe er til stede. En *utfordring* har sammenheng med vanskelige krav som vi føler oss trygge på å overvinne og håndtere ved å mobilisere og bruke mestringsressursene våre på en effektiv måte (Lazarus, 1993). I de tilfeller det er snakk om psykisk stress handler det om i hvilken grad kravene og belastningene i miljøet skader, truer eller utfordrer en person, og personens evne til å psykisk håndtere kravene og belastningene. Igjen vil sårbarhet og ressurser hos personen være av betydning for grad av opplevd stress (Lazarus et al., 2006, s. 78). Har man lav mestringsstro til at man klarer å håndtere en stressende situasjon, er det større sannsynlighet for å oppleve situasjonen som stressende (Lazarus et al., 2006, s. 79). Dette settes i sammenheng med at personen ikke har de nødvendige mestringsressursene tilgjengelige for å håndtere situasjonen på en god måte, og derfor opplever situasjonen som vanskelig og stressende. Psykisk stress kan oppstå når forhold i miljøet forstyrrer eller hindrer en person i å nå sine mål, eller når en person ønsker å unngå noe, men hvor miljøet gjør dette vanskelig. Graden av opplevd stress er igjen avhengig av subjektive opplevelser av situasjonen og i hvor stor grad miljøet skader, truer eller utfordrer personens mål og forventninger (Lazarus et al., 2006, s. 81).

2.3.2 Følelser

Ifølge Lazarus et al. (2006, s. 52) henger stress og følelser tett sammen. Dersom en person opplever stress, vil det i tillegg være en opplevd følelse inne i bildet. Dette gjelder for både negativt og positivt stress. Følelsene som kan oppstå er blant annet angst, frykt, lettelse, håp og medfølelse (Lazarus et al., 2006, s. 51). De positive følelsene er ikke automatisk forbundet med positivt stress, og positive følelser kan oppstå i sammenheng med stress forårsaket av en skade eller trussel. For eksempel kan man kjenne på takknemlighet overfor hjelpen man får når en ulykke har skjedd. Her vil den positive følelsen være knyttet til en negativ og stressende situasjon. Stress kan også fremkomme som frykten for å miste denne hjelpen (som man opplever takknemlighet overfor) og som man på et tidspunkt er avhengig av. Med

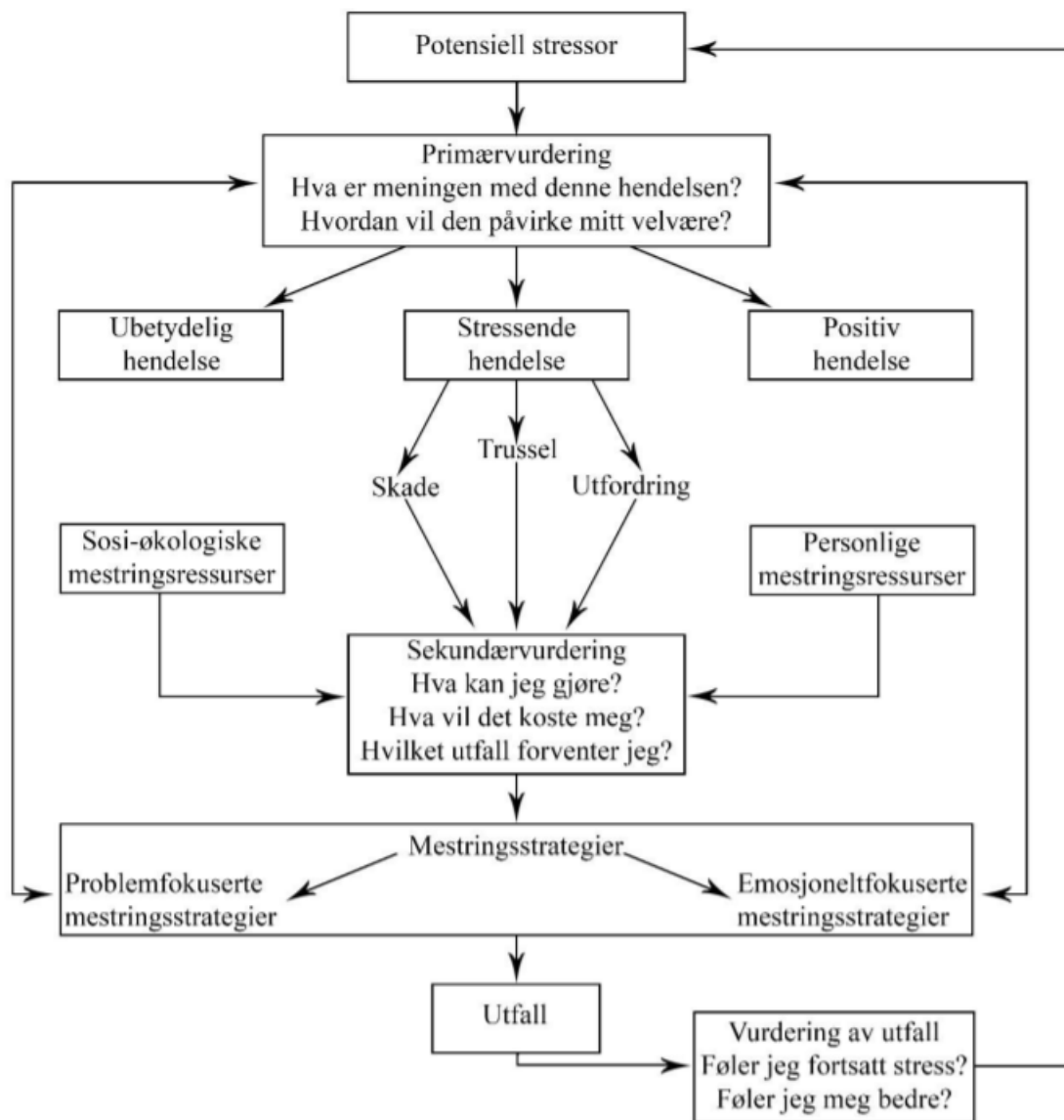
bakgrunn i dette vil man planlegge og gjennomføre en mestringsatferd for å forebygge at det man frykter vil skje. Dette viser at stress, mestring og følelser henger tett sammen og danner et komplekst bilde, og enhver vurdering av en situasjon innebærer å identifisere hva situasjonen krever og om du er i stand til å håndtere den eller ikke, noe som igjen er avgjørende for den følelsesmessige reaksjonen (Lazarus et al., 2006, s. 54-55). Forståelsen av den følelsesmessige responsen krever derfor en oppklaring av mestringsbegrepet.

2.3.3 Mestring

Lazarus og Folkman (1984, s. 141; 2006, s. 139) definerer mestring som: «kognitive og atferdsmessige forsøk, som er under konstant forandring, og som søker å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav som oppleves negativt eller overgår personens ressurser». Vi kan se på mestring og stress som to faktorer i et gjensidig forhold, der mestring handler om hvordan et individ møter en stressende situasjon. Ifølge Lazarus et al. (2006, s. 129) kan det være mulig å se en sammenheng mellom grad av mestringsevne og stressnivå. For eksempel kan en effektiv mestringsevne føre til et lavt stressnivå. Imidlertid kan det oppstå en situasjon hvor faren for at man presser seg for hardt øker og hvor opplevelsen av stress tiltar, heller enn å avta (Lazarus et al., 2006). Det vil derfor være grader av avhengighet i forholdet mellom stress og mestring, og personlige ressurser har stor betydning for personers mestringsevne (Lazarus et al., 2006, s. 94).

I en mestringsprosess vil personen gjøre en kontinuerlig vurdering i møtet med stressende situasjoner med hensikt å evaluere hvordan situasjonen kan påvirke personens velvære. Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom *primær vurdering* og *sekundær vurdering*. Primær vurdering handler om å vurdere virkningen en situasjon har på et individ. Her skiller det mellom 3 typer vurderinger: en situasjon er *irrelevant* når det vurderes at situasjonen ikke vil føre til forandring for en person. Vurderes situasjonen som *positiv* har den gunstige og positive utfall for vedkommende, men dersom en situasjon vurderes som *stressende* er det fare for at situasjonen fører til skade, trussel, eller utfordring for personen (se 2.3.1) (Lazarus & Folkman, 1984, s. 32-33). Sekundær vurdering er derimot en vurdering av hva som må gjøres for å håndtere og mestre en stressende situasjon. Dette innebærer å bli bevisst hvilke ressurser som er tilgjengelige, og vurdere sjansen for at ressursene vil fungere for å mestre situasjonen. Både primære og sekundære vurderinger er med på å forme hvor stressende en situasjon oppleves og påvirker styrken på følelsesreaksjonene som oppstår (Lazarus & Folkman, 1984, s. 35).

Vurdering av situasjonen vil påvirke bruken av ulike mestringsstrategier, og ifølge Lazarus et al. (2006, s. 145) kan mestring deles inn i *problemfokuserte strategier* og *følelsesfokuserte strategier*. Problemfokuserte strategier handler om å tenke løsningsorientert fordi man ønsker å løse et problem. Dette innebærer å tenke «hva må gjøres?» og «hvilke handlinger må utføres for å løse problemet?». For eksempel kan en slik strategi være å bevisst bruke ressurser i nettverket sitt når man føler seg alene eller trenger hjelp til noe. På den andre siden har vi følelsesfokuserte strategier, som handler om å prøve å unngå ubehaget ved en stressende situasjon ved å regulere følelsene, for eksempel når en person bevisst unnlater å oppsøke situasjoner eller informasjon som erfaringsmessig gir årsak til bekymringer (Lazarus et al., 2006, s. 145). Hvordan man mestrer å håndtere stress er ikke forutbestemt eller forutsigbart, og bruken av strategiene vil variere. Likevel vil en problemfokuset strategi kunne være mer hensiktsmessig når stressituasjonen er mulig å endre. Når stressituasjonen ikke kan endres, er en følelsesfokusert strategi vanligst (Lazarus et al., 2006, s. 152).



Figur 4. *Modell for stress og mestring*, bearbeidet fra Lazarus og Folkman (1984, s. 305). Hentet fra Gjørnum (1998, s. 78).

Modellen i Figur 4 viser sammenhengen mellom situasjon og person, og de ulike mekanismene som settes i gang når situasjonen vurderes og hvilke mestringsressurser som er hensiktsmessige for å håndtere situasjonen. Med referanse til denne studien kan «potensiell stressor» være å miste aktivitetstilbudet hos Psykiatrialliansen. Det gjøres en vurdering av om tapet av tilbudet oppleves som ubetydelig, positivt eller stressende, og om det medfører skade, trussel eller utfordring. I denne situasjonen kan det tenkes at alle tre kategorier av stress er til stede, fordi et stengt aktivitetstilbud vil kunne føre til flere reaksjoner og opplevelser. Deretter stiller man seg spørsmål som «hva kan gjøres for å håndtere tapet av aktivitetstilbudet?» i sekundær vurderingen, i tillegg til å identifisere hvilke ressurser personen har tilgjengelig og

kan nyttiggjøre seg av. Dette kan for eksempel være personlige ressurser eller ressurser i nettverket. Videre vil valg av mestringsstrategi fokusere på enten et forsøk på å løse den nye hverdagen under nedstengingen eller å unngå det ubehagelige ved situasjonen. Av Figur 4 fremgår at dette ikke er en lineær prosess, og at de ulike delene av stressmestringsmodellen påvirker og står i et komplekst forhold til hverandre. Jeg har valgt å bruke denne modellen fordi den skaper et bilde på hvordan en stressende situasjon, som for eksempel å miste et aktivitetstilbud under koronapandemien, kan oppleves og håndteres på ulike måter.

3 Litteraturgjennomgang

En grundig litteraturgjennomgang skaper rammeverket for oppgaven og viser kunnskapsgrunnlaget for oppgavens tema. Litteraturgjennomgangen skal også avdekke kunnskapshull og hvor eksisterende forskning har svakheter (Creswell & Creswell, 2018, s. 26). I dette kapitlet vil jeg legge frem forskning på området psykisk helse, fysisk aktivitet og helseaspekter i forbindelse med koronapandemien. Først blir søkeprosessen presentert, etterfulgt av en gjennomgang av relevante studier og rapporter for oppgaven.

3.1 Litteratursøk

Jeg gjennomførte litteratursøket i databasene Oria, Web of Science, Pubmed og Idunn. Det ble i tillegg søkt i Google Scholar for å skaffe et overblikk over forskning på temaet. I den første fasen av søkingen fungerte dette som grunnlag for å finne rette søkeord. Jeg brukte engelske og norske søkeord, da jeg ønsket å inkludere både nasjonale og internasjonale forskningsartikler. Søkeordene som ble brukt ble kombinert på ulike måter med AND og OR som bindeord (se Tabell 1). Jeg har kun inkludert fagfelleverderte studier. Søkene ble hovedsakelig begrenset til forskning som er publisert de siste ti årene. Imidlertid er det gjennomført forskning av eldre dato på området psykisk helse og fysisk aktivitet som holder god kvalitet og som er relevant, og derfor vil noen artikler publisert tidligere enn ti år tilbake også bli inkludert i studien. Jeg har også lest litteraturlisten til relevante artikler i letingen etter aktuelle studier for oppgaven. Det er i tillegg blitt gjennomført søk på nettsidene til anerkjente organisasjoner, som WHO og Folkehelseinstituttet. Henviste rapporter fra disse nettsidene har basis i relevant forskning og utgjør et viktig kunnskapsgrunnlag.

Tabell 1. *Oversikt over sentrale søkeord knyttet til litteratursøket.*

Psykisk helse	Fysisk helse	Deltaker	Koronapandemi
Mental health	Physical activity	Adults	Covid-19
Well being	Leisure activity	Young adults	Pandemic
Quality of life	Impact		Insolation
Social Health	Organized sports		
Depression	Sports		
	Group sports activities		

3.2 Forekomst av psykiske plager og lidelser

Forskning som omhandler psykisk helse blant befolkningen er godt beskrevet i eksisterende litteratur, både internasjonalt og nasjonalt. I det videre kapittelet vil forskning som viser til forekomsten av ulike psykiske lidelser og utfordringer bli presentert.

3.2.1 Forekomst av psykiske plager og lidelser internasjonalt

Global Burden of Disease Study (Abate et al., 2018; Abrams et al., 2020) og WHO's World mental health surveys (Alonso et al., 2011) er to store internasjonale studier som tar for seg helsen til verdens befolkning. I Global Burden of Disease Study er den psykiske helsen undersøkt i to systematiske analyser, der det kom frem at det har vært en jevn økning i andelen som rapporterte mentale lidelser fra 1990 til 2017 (Abate et al., 2018). Datamengden besto av totalt 68 781 respondenter fra 195 land. Den ene studien viste at mentale lidelser var blant de viktigste årsakene til at både kvinner og menn i alderen 20 til 54 år opplevde år med nedsatt funksjonsevne (Abate et al., 2018). Det påpektes i den andre studien at mentale lidelser var blant sykdommene som bidro til flest helsetapsjusterte leveår. Depresjon og angst var blant topp ti sykdommer som forårsaket helsetapsjusterte leveår for aldersgruppen 10 til 24 år i 2019, og depresjon var blant topp ti for aldersgruppen 25 til 49 år. Forekomsten av depresjon og angst har vært økende fra 1990 til 2019 (Abrams et al., 2020).

I en kvalitativ studie så Alonso et. al (2011) på menneskers opplevelse av å ikke være i stand til å arbeide eller utføre daglige gjøremål og aktiviteter på grunn av fysisk og/eller psykisk helse, eller som følge av bruk av rusmidler. WHO's World mental health surveys var utgangspunktet for studien og totalt deltok 62 971 personer fra 24 land. Det ble utført intervjuer, og resultatene viste at 16,5 prosent rapporterte å bli hemmet av psykiske lidelser. Depresjon var den vanligst rapporterte psykiske lidelsen, og funnene viste et stort omfang av psykiske lidelser og at dette trolig er blant de største helseutfordringene.

3.2.2 Forekomst av psykiske plager og lidelser i Norge

Befolkningens psykiske helse i Norge har i de senere årene blitt kartlagt regelmessig, og det faglige grunnlaget om befolkningens psykiske helse er stadig under utvikling. I en delrapport fra helseundersøkelsen HUNT4 (2017-2019) viste resultatene at 1 av 5 personer hadde opplevd utfordringer tilknyttet angst, og at 1 av 3 hadde opplevd å være deprimert eller

nedstemt. Til sammen deltok 162 000 personer eldre enn 18 år på spørreundersøkelsen (Krokstad et al., 2021).

I likhet med dette viste Reneflot et al. (2018) til at mellom 16 og 22 prosent av den voksne befolkningen i Norge vil ha én eller annen form for en psykisk lidelse i løpet av et leveår. Dette er en rapport på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet med formål å skaffe en oversikt over den psykiske helsen i den norske befolkningen. Datainnhenting ble gjort gjennom et systematisk litteratursøk og analyser av allerede eksisterende registerdata.

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomfører regelmessige helse- og levekårsundersøkelser med formål å få en oversikt over helsetilstanden til befolkningen i Norge på ulike områder. Gjennom telefonintervju med 8022 personer fra 16 år og eldre, svarte omtrent 4 av 5 at de opplevde sin egen helse som god. Andelen som rapporterte å oppleve psykiske utfordringer i ulik grad lå på 7 til 11 prosent (SSB, 2020a, 2020c, 2020d).

3.2.3 Kostnader knyttet til psykisk helse

Det er vanskelig å fastslå årsaken til hvorfor så mange utvikler psykiske problemer, men både faktorer knyttet til miljø og genetik anses å være av betydning (Bruun et al., 2018). Psykiske lidelser rammer mange og dette medfører store økonomiske kostnader for samfunnet. Psykiske lidelser regnes som den av ikke-dødelige sykdommer i befolkningen som har de høyeste totale behandlingskostnadene. I 2015 ble det anslått at psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser kostet landet over 37 milliarder kroner (2015-kroner) i bare helsetjenestekostnader (Helsedirektoratet, 2015). Dette tilsvarer om lag 41,5 milliarder kroner i 2020-kroner. Den totale samfunnskostnaden er vesentlig høyere enn dette, og en av de aller største kostnadspostene dersom vi iberegner alle utgifter forbundet med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2015). Til sammenligning ble det brukt ca. 9,8 milliarder kroner av offentlige midler i 2020 til *forebyggende* tiltak og helsefremmende arbeid (SSB, 2020b). Samfunnets ressursinnsats på forebyggende helsearbeid er svært liten målt opp mot de totale helseutgiftene i 2020, som var på ca. 400 milliarder kroner (SSB, 2021).

3.3 Psykisk helse og fysisk aktivitet

Tidligere studier har vist at å delta regelmessig i organisert fysisk aktivitet har flere positive fordeler for voksne. Deriblant en opplevelse av bedre sosial og mental helse, økt livskvalitet,

et større sosialt nettverk og økt følelse av tilhørighet (Georgian & Lorand, 2016; Majcherek et al., 2019). Det er i tillegg rapportert om mindre psykiske plager hos deltakere som deltok i fysisk aktivitet (Georgian & Lorand, 2016; Majcherek et al., 2019). Fysisk aktivitet og psykisk helse henger tett sammen og dette er et område det er gjort mye forskning på. Allerede i 1968 ble det utført en studie som så på effekten fysisk aktivitet hadde på personer med schizofreni (Carlsson et al., 1968). Det har også blitt gjennomført flere befolkningsundersøkelser på denne tiden der funnene viste en sammenheng mellom økt fysisk aktivitet og nedgang i forekomsten av depresjon. Men dette er et komplekst regnestykke der faktorer som sosioøkonomisk status, sosial støtte og ulike livshendelser spiller inn (Camacho et al., 1991; Farmer et al., 1988; Stephens, 1988).

Bertheussen et al. (2011) analyserte data fra HUNT 3 (2006-2008) og så på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og fysisk og psykisk helse. Undersøkelsen inkluderte 4500 deltakere i alderen 20 år og eldre, og det ble sett på faktorer som frekvens, varighet og intensitet av aktiviteten. Psykisk helse ble målt gjennom selvrapporterte spørreskjema. Funnene viste at fysisk aktivitet har sammenheng med bedre fysisk og psykisk helse for både kvinner og menn, unge og eldre. Det ble likevel funnet at 40 prosent av deltakerne var mindre aktive enn de norske anbefalingene (minst 150min per uke). Studien viste at hvilket som helst nivå av fysisk aktivitet førte til bedre fysisk og noe bedre psykisk helse, sammenlignet med de som var inaktive. Det ble i tillegg funnet at også helserelatert livskvalitet ble påvirket av frekvens, varighet og intensitet av aktiviteten, men at dette hadde mer å si for den fysiske helsen enn den psykiske helsen (Bertheussen et al., 2011).

En spansk kohortstudie så på sammenhengen mellom fysisk fritidsaktivitet og helserelatert livskvalitet (Sanchez-Villegas et al., 2012). Det ble brukt data fra SUN prosjektet (Seguimiento Universidad de Navarra) som er et pågående prosjekt som hadde oppstart i 1999. Deltakerne har svart på spørreskjema via mail hvert andre år, og i 2010 hadde 12 576 personer svart på det første spørreskjemaet. Spørreskjemaet besto blant annet av spørsmål om fysisk fritidsaktivitet, psykisk helse og sosial fungering. Studiens funn viste at mer fysisk aktivitet på fritiden hadde sammenheng med bedre fysisk fungering, generell helse, sosial fungering og psykisk helse sammenlignet med de med mindre fysisk fritidsaktivitet. Forfatterne så også at deltakerne som vedlikeholdt eller økte sitt nivå av fysisk fritidsaktivitet skåret bedre på helserelatert livskvalitet etter 8 år. Dette var spesielt tydelig på den psykiske helsen. Ut ifra disse direkte sammenhengene mellom fysisk aktivitet på fritiden og livskvalitet

anbefalte forfatterne at aktivitetsnivået måtte vedlikeholdes eller øke for å oppnå de positive effektene på livskvaliteten (Sanchez-Villegas et al., 2012).

Holstila et al. (2017) gjennomførte en finsk oppfølgingsstudie med formål å belyse om endring i fysisk aktivitet hadde en sammenheng med deltakernes fysiske og psykiske fungering. Det ble brukt datasett innhentet fra Helsinki Health Study fra tre ulike faser i perioden 2000 til 2012. Totalt 5475 personer i alderen 40 til 60 år deltok. Det ble stilt ulike spørsmål om fysisk fritidsaktivitet, sosial fungering og fysisk og psykisk helse. I tillegg ble det fokusert på aktivitetens intensitet, noe som ble delt inn i lav, moderat og anstrengende. Studien viste at økt aktivitetsnivå hadde sammenheng med bedre fysisk og psykisk helse, og at redusert aktivitetsnivå hadde sammenheng med dårligere fysisk og psykisk helse. Studien viste også at å gå fra aktivitet med lav til moderat intensitet samsvarte med bedre rapportert psykisk helse, og at å gå fra aktivitet med moderat/anstrengende til lav intensitet samsvarte med dårligere psykisk helse. Men funnene viste i tillegg at å gå fra aktivitet med lav/moderat til anstrengende intensitet *ikke* hadde sammenheng med bedre psykisk helse. Det samme gjaldt når deltakerne rapporterte å gå fra anstrengende til moderat fysisk aktivitet: dette hadde *ingen* sammenheng med dårligere psykisk helse. Forfatterne konkluderte med at det vil være gunstig å utføre aktivitet med et moderat aktivitetsnivå fremfor et høyt aktivitetsnivå for personer som i utgangspunktet har vært lite aktive. En svakhet ved studien er bruken av selvrapporing som metode for datainnhenting (Holstila et al., 2017). Selvrapporing krever ofte gode lese- og skriveferdigheter, et godt utformet spørreskjema, det er heller ingen sikkerhet for at informantene svarer på alle spørsmål og forstår hvert spørsmål fullt ut (Fowler, 2009, s. 83).

I en systematisk oversikt over longitudinelle kohortstudier gjennomgikk Suetani et al. (2019) totalt 22 studier, og undersøkte sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse hos personer med psykiske lidelser. Formålet var å se om personer med lavere fysisk aktivitetsnivå hadde en økt risiko for psykiske lidelser. Totalt 12 studier viste at fysisk aktivitet var assosiert med redusert risiko for *ulike* typer psykiske lidelser. Likevel var det ingen tydelig og konsistent sammenheng mellom fysisk helse og psykiske lidelser. I sju av studiene ble det ikke funnet noen sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykiske lidelser. Resultatene fra to studier fant en sammenheng mellom *lavere* nivå av fysisk aktivitet og en *reduert* risiko for påfølgende psykiske lidelser. Det er flere faktorer som kan ha påvirket resultatene, som for eksempel valg av metode. Forfatterne konkluderte med at det er for lite

forskning som kan bevise at fysisk aktivitet og psykiske lidelser har den gjensidige effekten på hverandre som mye litteratur viser. Videre trakk de frem at det er viktig å ikke overvurdere fysisk aktivitet som et middel i psykisk helsearbeid. Det er i tillegg nødvendig med en mer konsistent tilnærming i arbeidet med å definere og måle fysisk aktivitet, særlig i forbindelse med psykisk helse (Suetani et al., 2019).

Studien til Suetani et al. (2019) samsvarer med en norsk systematisk oversikt gjennomført av Underland et al. (2018), publisert av Folkehelseinstituttet. Studien inkluderte to systematiske oversikter med totalt 18 primærstudier, som så på effekten av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Undersøkelsen viste at effekten av fysisk trening på symptomene til personer med depresjon eller angst, var usikker. Dette gjaldt også forholdet til deltakernes fysiske form. I tillegg viste funnene at treningen ga deltakerne en liten bedring på målinger av global kognisjon og arbeidshukommelse, i tillegg til en mindre bedring på deltakernes oppmerksomhet og sosiale kognisjon. Rapporten konkluderte imidlertid med at det er et begrenset kunnskapsgrunnlag om effekten av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Eksisterende studier er gjennomført med få deltakere og det kan stilles spørsmål ved kvaliteten på studiene, og det vil derfor være behov for mer forskning på dette området (Underland et al., 2018).

3.4 Fysisk aktivitet i fellesskap med andre

Fysisk aktivitet og sosiale fellesskap henger tett sammen, og under fysisk aktivitet utvikles sosiale relasjoner mellom mennesker gjennom møter med andre med like interesser (Georgian & Lorand, 2016). I en quasi-eksperimentell studie gjennomført i Polen med deltakere i alderen 25 til 64 år, så Majcherek et al. (2019) på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og selvrapporert helse. Datasettet som ble benyttet i studien var en longitudinell studie i perioden 2000 til 2015, med totalt 26 453 deltakere. Det ble kartlagt hvilken type aktivitet deltakerne utførte, i tillegg til tilfredshet med egen helse og livslyst. Deltakerne som hadde startet med en aktivitet rapporterte en opplevelse av bedre helse, sammenlignet med inaktive deltakere. Det ble også en lavere rapportering av psykiske problemer etter oppstart av aktivitet og rapportering om økt livskvalitet. Å være del av fysisk aktivitet i gruppe viste seg å øke antallet sosiale relasjoner og det sosiale aktivitetsnivået for deltakerne. Funnene omfattet både kvinner og menn (Majcherek et al., 2019).

Mason og Holt (2012) gjennomgikk 13 kvalitative studier som omhandlet mental helse og fysisk aktivitet. Målgruppen i studiene var brukere av psykiske helsetjenester, og studiene så på brukernes opplevelser og erfaringer av å delta i ulike gruppebaserte aktivitetsprogram. Metode for datainnhenting var deltakende observasjoner og ulike former for intervju. Funnene viste at deltakerne hadde ulike opplevelser og erfaringer knyttet til å delta i gruppebasert aktivitet, men likevel fant forfatterne seks gjennomgående temaer. (1) Å være del av noe større og møte andre var en viktig del av det å delta i fysisk aktivitet. De opplevde at diagnose og sykdom ikke var i fokus, og deltakelsen på aktivitetene var en trygg mulighet for å være sosial med andre som var i liknende situasjoner som dem selv. (2) Deltakelse i aktivitet følte meningsfullt og førte til mestring. (3) Aktivitetsledere som fremsto som ikke-dømmende, støttende, interesserte og viste omsorg førte til opplevelsen av trygghet. (4) Det følte trygt å være del av en gruppe der deltakerne følte seg akseptert, og uten fokus på prestasjon og konkurranse. (5) Deltakerne tenkte mindre på egen sykdom, opplevde bedre humør, søvn og fikk fri fra vanskelige tanker. (6) Noen opplevde å få et mer positivt syn på sin egen identitet, for eksempel fra «person med psykisk sykdom» til «fotballspiller». Dette forbedret livskvaliteten til noen. Forfatterne konkluderte med at den viktigste årsaken til positiv endring hos deltakerne, var opplevelsen av tilhørighet og relasjonene man fikk i gruppen. De påpekte i tillegg at ved å forstå og se deltakernes positive opplevelser av å delta i gruppebasert aktivitet bør engasjere behandlere til å legge til rette for fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Forfatterne mente kvalitative studier er viktige på dette feltet, da det bidrar til en økt dybdeforståelse sammenlignet med kvantitativ forskning (Mason & Holt, 2012).

I en studie gjennomført av Georgian og Lorand (2016) ble det undersøkt hvilken påvirkning fysisk fritidsaktivitet hadde på sosial helse og opplevd livskvalitet. Deltakerne var i alderen 25 til 49 år, der noen svarte på spørreundersøkelse og noen deltok i intervju. Til sammen deltok 500 personer. Deltakerne svarte på spørsmål som omhandlet hvilken type aktivitet de gjennomførte (løping, svømming, ulike typer gruppesport, mv.) og opplevelse av livskvalitet og sosial helse. Funnene viste at forbedret fysisk helse som blir opprettholdt gjennom ulike treningsformer var en viktig faktor for den psykiske helsen, den sosiale helsen og livskvaliteten. Deltakerne som deltok i regelmessig fysisk fritidsaktivitet skåret høyere på sosial helse enn de inaktive deltakerne (Georgian & Lorand, 2016).

Sellereite et al. (2019) gjennomførte en brukerundersøkelse i FIRE (Stiftelsen Ett skritt videre), et aktivitetstilbud innen den frivillige sektor for personer som har problemer tilknyttet

psykiske lidelser og/eller rusbruk. FIRE har fokus på oppfølging og å skape sunne sosiale relasjoner og fritidsaktiviteter i et rusfritt miljø. Undersøkelsen omfattet 71 deltakere i alderen 18 til 49 år som alle benyttet seg av tilbudet hos FIRE. Formålet var å se på deltakernes erfaring med tilbudet i forhold til delaktighet, tilhørighet og mestring ved å delta på treninger og sosiale tilstelninger. Deltakelse i aktivitet hos FIRE viste seg å virke forebyggende og økte den enkeltes mestringsfølelse og opplevelsen av tilhørighet i sammenheng med trening, aktivitet og i sosiale forhold. Deltakerne følte at de var en del av et sosialt fellesskap der de fikk en «time out» fra bekymringer. Funnene viste at i tillegg til nye vennskap, og bedre kontakt med familie og jobb, var deltakelse i aktivitet en faktor som i større grad medførte opplevelse av tilhørighet i samfunnet. Regelmessig trening viste seg å øke deltakernes selvfølelse og selvtillit, og førte til en økt mestringsfølelse på også andre arenaer i livet (Sellereite et al., 2019). Dette viser at den frivillige sektor er en viktig aktør i helsefremmende arbeid, særlig for mennesker med rus- og psykiske problemer. En svakhet ved denne studien er at det er en brukerundersøkelse gjennomført av stiftelsen selv, og det kan tenkes at dette kan ha påvirket svarresultatene. Studien er fagfellevurdert og anses som relevant for oppgaven.

3.5 Koronapandemien og psykisk helse

Det er allerede gjennomført forskning på hvilke virkninger koronapandemien har på samfunnet og menneskers psykiske helse, men det er fortsatt mange kunnskapshull og nødvendig med mer forskning på området. Mange opplevde en ny hverdag under pandemien, og det er fortsatt usikkert hvilke konsekvenser nedstengingen har hatt på befolkningens psykiske helse (Kvinnsland et al., 2021; Tvedten et al., 2021). Spesielt personer som har bodd alene har vært utsatt for ensomhet under koronapandemien (Kvinnsland et al., 2021; Nes et al., 2020), og flere har opplevd nyhetssendingene om pandemien som tyngende (Riehm et al., 2020). Smittevernradene ble løpende endret, og strammet inn i flere perioder (FHI, 2020) og dette kan ha medført ytterligere belastning for mange.

Det kommer stadig mer forskning på effekten av koronapandemien, da forskningsfeltet er i utvikling. Den eksisterende forskningen er likevel noe sprikende på hvordan koronapandemien har påvirket befolkningens psykiske helse. En studie utført i USA sammenlignet resultater fra to befolkningsbaserte undersøkelser som omhandlet stressorer og mental helse før og under pandemien (Ettman et al., 2020). Funnene viste at depressive

symptomer var mer enn 3 ganger høyere hos respondentene under pandemien sammenlignet med før pandemien. Risikofaktorer viste seg å være lav inntekt, mindre oppsparte midler og å være eksponert for flere stressorer, som for eksempel å miste jobben. Studien viste at de som allerede er i en sårbar gruppe er mer utsatt, og at det vil være nødvendig å forberede seg på en økning av mentale lidelser etter pandemien, særlig hos disse gruppene (Ettman et al., 2020).

Alzueta et al. (2021) undersøkte hvilke effekter koronapandemien og sosiale restriksjoner har hatt på den psykiske helsen. De så på dette opp mot symptomer på depresjon og angst i den voksne befolkningen i ulike land. Totalt deltok 6882 personer fra 59 ulike land i 5 ulike kontinenter. Deltakernes alder var 18 til 94 år. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om demografi, eksponering av COVID-19, omfang av karantene eller isolasjon, og psykisk helse. Resultatene viste at de fleste deltakerne opplevde lave eller milde symptomer på depresjon og angst. Derimot rapporterte omtrent 1 av 4 å oppleve moderat til alvorlig grad av symptomer på depresjon og angst under den pågående pandemien. Faktorer som predikerte disse funnene var problemer tilknyttet arbeid og overgang til hjemmekontor, dårligere tilgang på (sunn) mat, økonomiske problemer og familie- og samlivsproblemer. Innhenting av data skjedde i april til mai 2020 og resultatene kan være noe farget av i hvilken grad koronapandemien herjet i de ulike landene. Deltakerne var i tillegg spredt over mange land, noe som medførte få deltakere i noen av landene (Alzueta et al., 2021).

I en studie utført av Knudsen et al. (2021) i regi av Folkehelseinstituttet var funnene derimot noe annerledes. Deltakerne i studien var deltakere av den allerede pågående HUNT-studien. Studien sammenlignet utbredelsen av mentale lidelser, i tillegg til selvmordstanker og selvmord før og under pandemien. Resultatene viste at utbredelsen av psykiske lidelser gikk betydelig ned fra perioden før pandemien og disse nivåene holdt seg stabile gjennom hele de første 6 månedene av pandemien. Grunnen til denne nedgangen er noe uklar, men forfatterne påpekte følgende som mulige forklaringer: Studien fokuserte på diagnoser fremfor psykiske plager generelt. Norge kan, sammenlignet med andre land, vise til lavere smittetall, dødsfall og innleggelses, og mindre inngripende tiltak med kortere varighet. I tillegg har vi et velfungerende helsetilbud med økonomiske støtteordninger (Knudsen et al., 2021). Denne studien skiller seg ut fra flere andre studier og er derfor viktig for å få et bredest mulig bilde av mulige konsekvenser av pandemien. Et viktig poeng forfatterne tok opp var at mennesker med mentale helseproblemer i for stor grad er underrepresentert i slike helsestudier (Knudsen et al., 2010; Knudsen et al., 2021). Det kan tenkes at denne underrepresentasjonen kan

medføre et skjevt evidensgrunnlag, der kunnskapen ikke direkte er overførbar til personer med psykiske helseutfordringer.

Noen norske studier har imidlertid sett på hvordan mennesker med psykiske utfordringer har blitt påvirket av pandemien. En norsk studie gjennomført av Blix et al. (2021) kartla sårbarhetsfaktorer for psykiske konsekvenser og redusert livskvalitet på grunn av koronapandemien blant den generelle befolkningen i Norge. I mai 2020 besvarte 1041 personer et nettbasert spørreskjema. Deltakerne var i alderen 18 år og eldre. Funnene viste at personer med psykiske plager allerede før pandemien hadde høyere risiko for psykiske plager og redusert livstilfredshet under pandemien. I tillegg var koronarelatert bekymring en faktor som bidro til ytterligere psykiske plager for denne gruppen.

Leonhardt et al. (2022) publiserte nylig en kvalitativ studie om hvordan personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse opplevde den første nedstengingen under koronapandemien i Norge. Det ble gjennomført 17 semi-strukturerte individuelle intervjuer og et fokusgruppeintervju bestående av fem deltakere. Forfatterne utførte en tematisk analyse som resulterte i fire hovedtema: (1) *Koronautbruddet som en opplevd utfordring* handlet om at deltakerne opplevde bekymring og uro under nedstengingen. De viste en forståelse for koronarestriksjonene, og tok i bruk ulike strategier for å håndtere reglene. Temaet (2) *en nedgang i psykisk helse og velvære* viste at majoriteten av deltakerne uttrykte å oppleve mer depresjon, angst og redsel under den første nedstengingen, og andre opplevde håpløshet. Flere fortalte de følte seg ensomme, og at tap av daglige rutiner førte til bekymring. (3) *Økte utfordringer i rusbruken* viste at ensomheten for mange ble starten på økt rusbruk, fordi de mistet det sosiale nettverket som holdt dem borte fra rusen. Temaet (4) *ulike erfaringer med helse- og sosialtjenester* handlet om at de fleste opplevde å ha mindre eller ingen kontakt med helse- og sosialtjenester i starten av pandemien. Forfatterne poengterte at siden pandemien har ført til dårligere mental helse i den generelle befolkningen, er det sannsynlig å anta at denne sårbare gruppen blir rammet i større grad.

3.6 Oppsummering

Som vist er det mye forskning på psykisk helse og fysisk aktivitet, og det er mye som peker i retning av at å være i aktivitet er positivt for vår psykiske helse. Likevel viser forskningen at vi ikke med sikkerhet kan si at alle vil oppleve en positiv effekt. Forskningen peker på den viktige betydningen av å gjennomføre aktivitet i fellesskap med andre, men det er lite forskning på hvordan *bortfall* av et aktivitetstilbud påvirker helsen. Fordi pandemien fortsatt pågår, er kunnskapen om hvordan den påvirker psykisk helse i utvikling. Det er mye vi ikke vet, særlig når det gjelder langtidskonsekvensene for sårbare grupper, for eksempel personer med psykiske helseutfordringer. Ønsket med denne studien er derfor å kunne bidra til å supplere den manglende kunnskapen om hvilke konsekvenser pandemiens smitteverntiltak har hatt på personer med psykiske utfordringer.

3.7 Studiens formål og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om hvordan bortfall av et organisert fysisk aktivitetstilbud påvirker mennesker med psykiske utfordringer. I tillegg vil det være interessant å se på hvordan de har håndtert situasjonen, og hvilke mestringsressurser de har tatt i bruk. Jeg ønsker å se dette i lys av koronapandemien og nedstengning av organiserte aktiviteter. Oppgaven fokuserer på tilbudet som Psykiatrialliansen tilbyr. For hva skjer med deltakerne når dette tilbudet brått blir borte? Med bakgrunn i dette er forskningsspørsmålene formulert slik:

Hvordan har bortfall av aktivitetstilbud påvirket helsen til deltakerne av Psykiatrialliansen?

Hvordan har deltakerne håndtert bortfallet av aktivitetstilbudet?

I det videre vil de metodiske valgene bli presentert med fremgangsmåte for datainnsamling, analyse, og beskrivelse av kvalitetssikring og etikk.

4 Metode

Metode i kvalitativ forskning handler om å vise hva du har gjort for å anskaffe informasjonen som blir analysert, hvordan analysen blir gjennomført og hva dette har å si for ulike forhold forskeren ønsker å belyse (Johannessen et al., 2021, s. 21).

4.1 Vitenskapsteori og epistemologi

Vitenskapsteori danner et rammeverk for studien og legger føringer for forskerens forståelse og tolkninger (Thagaard, 2009, s. 14). Dette rammeverket kan også kalles for et paradigme, og består av ulike måter å møte virkelighet og vitenskapen på (Neuman, 2014, s. 85). De forskjellige paradigmene innehar spesifikke antakelser om virkeligheten, med ulike arbeidsmetoder og teknikker i en forskningsprosess. I tillegg har de ulike paradigmene ulike syn på hva som er «god» forskning (Neuman, 2014, s. 96). Hensikten med oppgaven har vært å få et innblikk i deltakernes subjektive opplevelser og erfaringer av å miste et aktivitetstilbud i en periode. For å få frem dette har jeg vurdert at et fortolkende paradigme har vært hensiktsmessig. Innen et fortolkende paradigme blir virkeligheten blant annet påvirket av tankemåter og samhandling med andre. Fokuset ligger på hva som oppleves som meningsfullt for den enkelte og hvordan dette former personen. Det vil derfor være menneskene sine egne *opplevelser* som danner virkeligheten, og det er disse subjektive opplevelsene som danner grunnlaget for forskningen (Neuman, 2014, s. 103-104). Virkeligheten fremstår som unik for hver og en, og den enkelte deltaker vil ha sin unike mening og oppfatning av sannheten, formet gjennom opplevelser og erfaringer (Creswell & Creswell, 2018, s. 8). Gjennom et fortolkende paradigme fikk jeg frem deltakernes subjektive erfaringer og opplevelser knyttet til pandemiens begrensninger på tilgangen til et aktivitetstilbud, et gode som normalt har vært frivillig og lett tilgjengelig.

4.2 Forskningsdesign

Kvalitativ forskning er mye brukt innen et fortolkende paradigme. I egen studie har et kvalitativt design vært hensiktsmessig, fordi dette har gitt mulighet til å innhente dybdeinformasjon om deltakernes opplevelse og erfaringer. Det er denne subjektive opplevelsen som er det viktigste grunnlaget i kvalitativ forskning (Kaya, 2013). Kvalitativ forskning søker å innhente data gjennom ord, fremfor tall, slik som i kvantitativ forskning.

Dette utføres gjennom å finne svar på hva og hvorfor noe skjer, i tillegg til hvilke effekter dette kan ha og for hvem (Green & Thorogood, 2018, s. 4-7).

Jeg har brukt et fenomenologisk-hermeneutisk design i denne studien. Fenomenologi og hermeneutikk er to forskjellige design som vektlegger ulike aspekter i forskningsprosessen. Felles for de to er at de har en fortolkende tilnærming til datamaterialet. En kombinert bruk av fenomenologi og hermeneutikk kan bidra til å få en dypere innsikt i det datamaterialet som ligger til grunn for forskningsspørsmålet. Et fenomenologisk design kjennetegnes av at individets opplevelse og erfaring av et felles fenomen står i fokus. Et slikt fenomen kan for eksempel være en hendelse eller en opplevd følelse, men det fordrer at samtlige av deltakerne har vært utsatt for eller har opplevd fenomenet. Målet vil være å trekke ut essensen i dataene og få en helhetlig forståelse av deres opplevelser (Creswell & Poth, 2018, s. 75). I denne studien var det felles fenomenet å oppleve ikke planlagte begrensninger og opphør av et aktivitetstilbud grunnet koronapandemien. Et slikt design har vært hensiktsmessig fordi det ga meg innblikk i deltakernes *egne* opplevelser av å plutselig stå uten eller med et redusert treningstilbud. Gjennom dette fikk jeg data fra flere ulike kilder om det samme fenomenet og et godt grunnlag for analyse og drøfting.

Hermeneutikk er en gammel teoretisk tilnærming som handler om fortolkning og forståelse (Thomassen, 2006, s. 157). Innen den hermeneutiske tilnærmingen er det en oppfatning om at et fenomen som blir undersøkt kan tolkes på flere måter. Virkeligheten vil derfor aldri være definert, men gjennom tolkning av meningsinnholdet i datamaterialet kan forskeren få innblikk i andre menneskers virkelighet (Thagaard, 2013, s. 41). Det er derfor forskerens oppgave å klare å balansere både den objektive og subjektive forståelsen av datamaterialet. En objektiv forståelse vil i et forskerperspektiv handle om hvilke ord og språk deltakerne bruker. En subjektiv forståelse vil på den andre siden handle om hvilken mening som ligger i bruken av ordene (Thomassen, 2006, s. 158). Gjennom en slik fortolkning har forskeren mulighet til å utforske datamaterialet på et dypere nivå, og her vil forskerens forforståelse spille inn på fortolkningen (se 4.5.1) (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73-74).

I fenomenologien vektlegges det at forskeren søker å få innsikt i et bestemt fenomen, og å undersøke hvordan mennesker *opplever og erfarer* fenomenet. Hermeneutikken vektlegger i større grad *fortolkningen* av disse opplevelsene og erfaringene (Lindseth & Norberg, 2004). Kombinasjonen av fenomenologi og hermeneutikk skaper dermed rom for å utforske og få

dyp innsikt i et fenomen og hvordan fenomenet oppleves. Når forskeren fortolker menneskets erfaringer med fenomenet vil dette gi bredere innblikk og nye perspektiver (Lindseth & Norberg, 2004). Videre vektlegger Lindseth og Norberg (2004) at det i et fenomenologisk-hermeneutisk design ikke finnes én virkelighet og at sannheten aldri kan bli forstått fullt ut. I egen studie fortalte deltakerne om sine erfaringer om å miste aktivitetstilbudet, som i dette tilfellet var fenomenet, og jeg som forsker tolket og forsøkte å trekke ut meningen i de opplevde erfaringene som ble fortalt. Derfor bidro et fenomenologisk-hermeneutisk design til å belyse deltakernes subjektive erfaringer og opplevelser gjennom en fortolkningsprosess.

4.3 Datainnsamling

4.3.1 Intervju

Et intervju er en samtale med den hensikt å få innblikk i andres livsverden og deltakernes meninger og erfaringer om et fenomen (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 33). Med bakgrunn i oppgavens forskningsspørsmål valgte jeg å bruke et semistrukturert dybdeintervju som intervjuform. Et semistrukturert intervju kjennetegnes av at *tema* for samtalen allerede er forhåndsbestemt av forskeren (Dalen, 2011, s. 26; Malterud, 2017) og forskeren styrer samtalen gjennom de valgte temaene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 48). Det er derimot deltakernes svar som avgjør hvilken retning intervjuet tar og hvilken informasjon som kommer frem (Green & Thorogood, 2018, s. 116). Et fokusområde vil være å gi deltakeren tid til å snakke om sine erfaringer på en måte som skaper trygghet for dem (Malterud, 2017, s. 135). Her vil åpne spørsmål være egnet. Kaya (2013) beskriver åpne spørsmål som spørsmål uten fasitsvar, der det legges opp til en samtale hvor deltakeren forteller fritt om erfaringene sine. I egen studie ga dette rom for at deltakeren fritt fortalte om hvordan de opplevde stans i aktivitetstilbudet. Et slikt intervju var passende fordi jeg ønsket å få en dybdeforståelse for deltakernes *egne* erfaringer og opplevelser av fenomenet, og den subjektive oppfatningen av å miste aktivitetstilbudet. Jeg valgte individuelle intervjuer fordi samtalen kunne komme innom sensitive temaer om psykisk helse. Jeg anså gruppeintervjuer som mindre hensiktsmessig fordi jeg ønsket å skape en intervjusituasjon som opplevdes trygg for deltakeren, uten at deltakeren følte seg presset til å snakke eller unnlot å snakke på grunn av andre mennesker i rommet.

4.3.2 Intervjuguide

Studiens intervjuguide ble utviklet gjennom å identifisere relevante temaer som var viktige å belyse ut ifra oppgavens teorigrunnlag og forskningsspørsmål. Dette ble gjort for å sikre en god struktur for intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Fordi intervjuet var semistrukturert, besto intervjuguiden av overordnede spørsmål om temaene og ikke detaljspørsmål. Dette gir mulighet til å stille oppfølgings- og utdypingsspørsmål til det den enkelte deltaker snakker om underveis i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). En slik måte å gjennomføre et intervju på skaper flyt i samtalen. På denne måten vil intervjuguiden fungere som et verktøy og huskeliste for retningen på samtalen, og uten at intervjuformatet er forutbestemt (Malterud, 2017, s. 133-134).

De valgte temaene i intervjuguiden ble definert til opplevelsen av egen fysisk og psykisk helse før, under og etter nedstenging, og opplevelsen av bortfallet av Psykiatriliansen. Intervjuguiden besto også av spørsmål om hvordan de håndterte nedstengingen av aktivitetstilbudet. Temaenes rekkefølge ble strukturert etter de ulike fasene i pandemien: normalsituasjon før pandemien inntraff, periode med usikkerhet, periode med nedstenging og periode etter gjenåpning. Intervjuguidens oppsett besto av innledende spørsmål om deltakernes bakgrunn med fysisk aktivitet og bruken av Psykiatriliansen før pandemien. Deretter opplevelsen av å møte begrensinger og nedstenging i aktivitetstilbudet, og til slutt om opplevelsen av å kunne dra på trening igjen og hva fysisk aktivitet og Psykiatriliansen har hatt av betydning. Hensikten med dette var å skape en intervjusituasjon som ga rom for å bli kjent med deltakeren og skape trygghet, slik at samtale og spørsmål ikke skulle føles ubehagelig. Formålet var å skape en trygg atmosfære, der deltakeren kunne føle seg sett og bekvem nok til å åpne seg opp og gi gode og reflekterte svar og fortellinger. I følge Green og Thorogood (2018, s. 117) er det viktig at intervjuer er interessert i det deltakeren har å si fra første stund, er rolig og skaper en behagelig intervjusituasjon. Som en innledning til intervjuene gikk jeg muntlig gjennom informasjonsskrivet for å forsikre meg om at deltakerne hadde forstått innholdet. Deretter presenterte jeg temaene jeg kom til å spørre om. Dette ble gjort for å skape tillit og for å få samtalen i gang, og tanken med dette var å skape en intervjusituasjon som fremsto mer som en samtale mellom to personer. Jeg unnlot å presentere forskningsspørsmålet for å unngå at dette skulle påvirke samtalen.

For å teste studiens gjennomførbarhet og avdekke problemer som kunne oppstå, ble det gjennomført to pilotintervjuer (Green & Thorogood, 2018, s. 18). Pilotintervjuene ble

gjennomført med bekjente som har opplevd å miste et treningstilbud under koronapandemien. Pilotintervjuene ga nyttige innspill til endringer i intervjuguiden og tips til gjennomføring av intervjuet, som i sum hevet kvaliteten på intervjuene. Blant annet ble noen spørsmål omformulert slik at de ble tydeligere og lettere å forstå, og noen oppfølgingsspørsmål ble lagt til.

4.3.3 Utvalg og utvalgsriterier

Denne studien har et strategisk utvalg basert på spesifikke kriterier satt med bakgrunn i forskningsspørsmålet og studiens teorigrunnlag (Thagaard, 2009, s. 55). Dette sikret at deltakerne vil kunne bidra med verdifulle data på feltet og er relevante for studien (Malterud, 2017, s. 58). For å få innsikt i hvilken betydning Psykiatriliansens aktivitetstilbud har hatt for deltakerne, i tillegg til hvordan nedstengningen av aktivitetene har påvirket deres psykiske helse og livskvalitet, ble kjønn, alder og regelmessig bruk av aktivitetstilbudet over noe tid, valgt som hovedkriterier. I tillegg ble det stilt som krav at alle deltakere måtte være over 18 år og at de har vært deltaker hos Psykiatriliansen både før og under koronapandemien. Etter samtale med Psykiatriliansen kom vi frem til at det var relevant å intervjué én trener, i tillegg til deltakere og brukere av aktivitetstilbudet. Trenerne har selv pårørendeerfaring, brukerkompetanse eller har en bakgrunn med psykiske utfordringer. Deres erfaringer, opplevelser og perspektiver utgjorde derfor et viktig informasjonsgrunnlag for oppgaven. Et eksklusjonskriterium var at deltakerne ikke skulle være påvirket av sin psykiske helse i så stor grad at dette gikk ut over samtalen. Disse vurderingene ble foretatt i samråd med Psykiatriliansen.

Behovet for dybdeforståelse og en dypere analyse av datagrunnlaget gjorde det nødvendig å begrense antall deltakere. Som utgangspunkt ble det antatt at seks deltakere ville dekke behovet for data. For studier med et fenomenologisk design er ifølge Creswell og Creswell (2018, s. 186) et antall deltakere på tre til ti hensiktsmessig. Antallet deltakere på seks sammenfaller således denne anbefalingen. Jeg gjorde fortløpende vurderinger av om det var behov for flere deltakere for å styrke datagrunnlaget. Etter seks intervjuer vurderte jeg datamengden som tilstrekkelig.

4.3.4 Rekruttering

Organisasjonen fungerte som en portvokter. En portvokter (engelsk: gatekeeper) er en person eller instans som fungerer som et bindeledd mellom forsker og deltakerne. Portvokteren satt meg derfor i kontakt med deltakere som oppfylte kriteriene for studien (Green & Thorogood, 2018, s. 91). Rekrutteringen foregikk i samarbeid med en kontaktperson i Psykiatriliansen, og kontaktpersonen tok utgangspunkt i utvalgskriteriene for studien og opprettet den første kontakten med potensielle deltakere. Dette ble ansett som mest hensiktsmessig for å begrense usikkerheten som kunne oppstå hos deltakerne ved at jeg, som en fremmed person, kunne skape utrygghet. Lederen var en person deltakerne kjente godt og hadde tillit til. Jeg fikk deretter telefonnummer og navn til de tre første personene som hadde svart ja på å delta i intervjuene. De mottok en sms fra meg der jeg spurte om de var villig til å delta, og om de ønsket å få tilsendt informasjonsskrivet før intervjuet. Dette gjorde jeg for å forsikre meg om at deltakernes samtykke fullt og helt var basert på frivillighet. Frivillig samtykke blir nærmere belyst i 4.6.1. To deltakere møtte jeg direkte på aktiviteter jeg selv deltok på. Disse mottok også en sms fra meg senere og fikk tilsendt informasjonsskriv på mail. Den siste deltakeren ble rekruttert med hjelp fra portvokter. Her ble møtet for intervjuet satt opp uten at jeg hadde direkte kontakt med deltakeren. Jeg var likevel delaktig i rekrutteringsprosessen gjennom å være i dialog med portvokter for å forsikre meg om at utvalgskriteriene ble oppfylt. I møtet med denne personen brukte jeg god tid på gjennomgang av informasjonsskrivet, for å forsikre meg om at innholdet ble forstått.

En risiko ved å benytte seg av portvokter i rekrutteringsfasen er at dine inklusjonskriterier kan bli mistolket eller oversett. Det er i tillegg en risiko ved at organisasjonen kan velge ut deltakere som er «best i klassen» og sitter på den informasjonen som organisasjonen selv ønsker at jeg skal få, for å sikre egne interesser (Skilbrei, 2019, s. 125). Jeg sikret at dette ikke skjedde ved deltakelse i flere av Psykiatriliansens arrangementer og aktiviteter, og på denne måten kom jeg selv i kontakt med deltakere og merket meg hvem som var relevante for oppgaven. Det endelige utvalget av deltakere ble på denne måten gjort i dialog og samarbeid mellom meg, som student, og leder i Psykiatriliansen.

4.3.5 Gjennomføring av intervju

Datainnhenting ble gjennomført i perioden januar og februar 2022, og det ble utført totalt seks individuelle intervjuer. Alle intervjuene ble holdt i egnede lokaler, avskjermet fra forstyrrelser. Innledningsvis presenterte jeg meg selv og min bakgrunn, og hensikten med

studien. Jeg valgte å notere underveis i intervjuene for å merke meg nøkkelord jeg ønsket å følge opp. Dette ga bedre mulighet til å stille relevante oppfølgingsspørsmål, og sikre flyt og retning på intervjuet. Det ble i tillegg benyttet diktafon under intervjuet, etter godkjenning fra deltakerne. Bruk av diktafon sikrer påliteligheten i dataene og styrker kvaliteten, ved at sitater og forklaringer blir lagret ordrett (Green & Thorogood, 2018, s. 139), og forenkler prosessen med transkribering.

4.4 Analyse av datamaterialet

Analyse av kvalitative data handler om å finne mening i innsamlede data. Dette gjøres ved å dele inn datagrunnlaget i kategorier og finne felles koder for meningsinnholdet (Creswell & Creswell, 2018, s. 190-193). Ved å organisere dataene på denne måten legges grunnlaget for at forskeren kan tolke og analysere materialet for å finne mønstre som går igjen i intervjuene (Johannessen et al., 2021, s. 153). En god analyse setter studiens funn inn i en større sammenheng (Green & Thorogood, 2018, s. 250). Det er derfor viktig å velge analysemetode ut ifra forskningsspørsmål og tema for studien. Et grunnleggende element er at metoden skal være systematisert, at metoden kan beskrives og at metoden viser tydelig hva som blir gjort (Punch, 2014, s. 169). Man kan analysere kvalitative data med en deduktiv eller induktiv tilnærming. I en deduktiv tilnærming ser man datamaterialet i lys av allerede bestemte teorier, empiri og temaer. Til forskjell fra deduktiv tilnærming, tar induktiv tilnærming utgangspunkt i datamaterialet for å finne mønstre, tema og sammenhenger. I induktiv tilnærming blir det ikke brukt et teoretisk grunnlag i arbeidet med datamaterialet (Green & Thorogood, 2009, s. 28). Formålet med analysen var å få frem deltakernes egne opplevelser og tanker rundt tapet av aktivitetstilbudet, og det var denne kunnskapen som la videre føringer for studien. Jeg hadde derfor en induktiv tilnærming i starten av analyseprosessen. Jeg gikk over til en mer deduktiv tilnærming i analysens senere faser, se tredje steget i 4.4.2.

4.4.1 Transkribering

Transkribering gir forskeren grunnlag for å gå dypere inn i datamaterialet og utforske de viktige detaljene som er vanskelige å få med seg mens intervjuet foregår. Det gir mulighet til å gå tilbake til momenter i intervjuet og skape en oversikt over hva forskeren har å jobbe videre med (Silverman, 2017, s. 343). Å transkribere sitt eget datamaterialet bidrar i tillegg til at forskeren blir bedre kjent med datagrunnlaget før en går i gang med analysen (Green & Thorogood, 2018, s. 140). Derfor valgte jeg å transkribere alle intervjuene selv, noe som ga

meg god og dyp innsikt i datamaterialet. Transkriberingene ble gjort umiddelbart etter intervjuene. Jeg gikk gjennom lydopptakene to ganger for å sikre en fullstendig transkribering av datamaterialet. Jeg gikk også gjennom materialet med fokus på å anonymisere gjenværende informasjon.

4.4.2 Tematisk nettverksanalyse

Tematisk analyse er en analysemetode som er mye brukt innen kvalitativ forskning. Metoden er fleksibel og kan brukes på tvers av ulike metoder og teoretiske tilnærminger. En tematisk analyse bidrar til å belyse deltakernes meninger, erfaringer og deres opplevelse av deltakelse (Braun & Clarke, 2006). Studiens formål var å undersøke deltakernes erfaringer og opplevelser av å miste et aktivitetstilbud og tematisk analysemetode var egnet for systematisering og kategorisering av data, og for den senere drøftingen av innsamlet materiale. I tillegg er tematisk analyse egnet for «ferske forskere» og en metode som har et bredt bruksområde (Clarke & Braun, 2017).

I analysen av data valgte jeg å ta utgangspunkt i stegene beskrevet av Attride-Stirling (2001). Tematisk nettverksanalyse består av seks steg som går ut på å strukturere dataene etter at intervjuene er transkribert. *Det første steget* er å kode datamaterialet. Forskeren tar for seg transkripsjonen for å redusere datamengden ved å dele teksten inn i segmenter med et meningsinnhold forskeren ønsker å analysere videre (Attride-Stirling, 2001). Analysen ble utført i databehandlingsprogrammet Nvivo, et verktøy for analyse av kvalitative data. I det første steget hadde jeg en induktiv tilnærming som hjalp meg å fokusere fullt og helt på datamaterialet, og hva som var kjernen i materialet. Prosessen med å gå fra tekst til kode kunne for eksempel se slik ut:

Kode: Å bo med noen andre var viktig under nedstenging.

«Jeg tror det har vært helt avgjørende, for i starten da jeg bodde sammen med en kompis og så flyttet jeg inn med kjæresten min etter hvert, og det å ha noen å bo med og se hver dag. Hvis ikke så tror jeg at jeg hadde blitt helt, helt galen». (Deltaker 6)

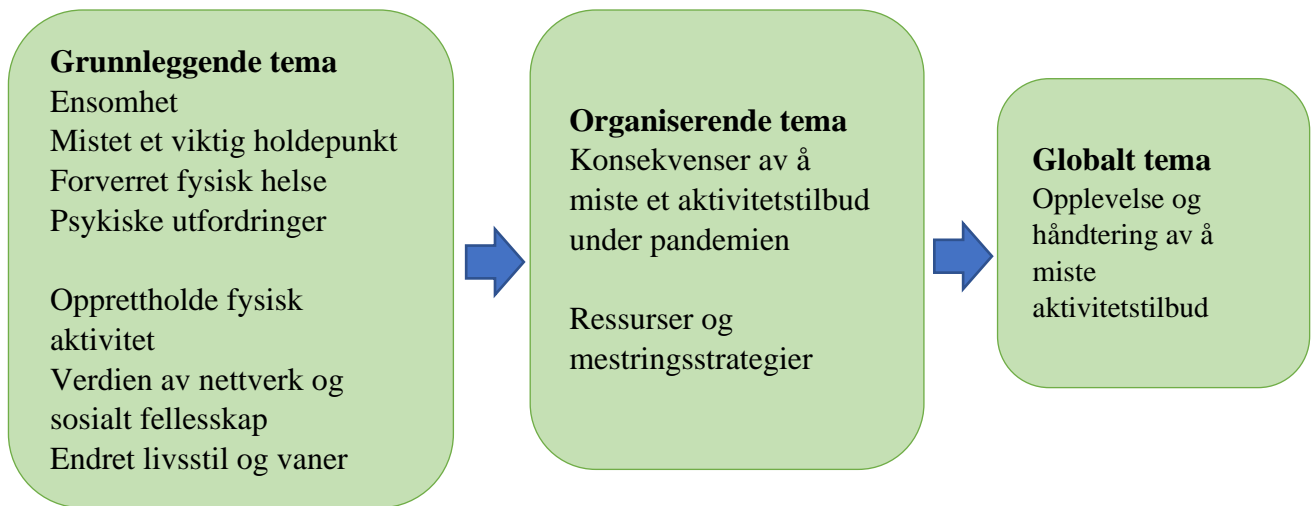
Etter at jeg hadde delt teksten inn i koder, gikk jeg videre til *det andre steget* som er å identifisere temaer med grunnlag i kodene. Her letes det etter felles temaer som er fremtredende i datagrunnlaget, og dette ble også gjort med en induktiv tilnærming. Disse

temaene utgjør til sammen ulike mønstre i dataene som vi kan bygge analysen videre på. Temaene blir deretter gitt navn som beskriver temainnholdet (Attride-Stirling, 2001).

Tabell 2. Eksempel på koder som danner et grunnleggende tema.

Grunnleggende tema	Koder
Verdien av nettverk og sosialt fellesskap	Har klart seg bra under pandemi fordi Psykiatriliansen har bidratt til å gi mer positivt nettverk
	Å bo med noen andre var viktig under nedstenging
	Hadde mer kontakt med venner over nett under nedstenging
	Ble bevisst hva man har (venner, familie) under korona

Det tredje steget handler om å strukturere temaene og lage tematiske nettverk. Her blir temaene satt sammen ut ifra innhold, som danner et grunnleggende tema. Et grunnleggende tema illustrerer én spesifikk karakteristikk som forskeren har notert seg i de transkriberte dataene. For å forstå konteksten og helhetsbildet må flere temaer ses i sammenheng (Attride-Stirling, 2001). Når vi samler de grunnleggende temaene i grupper med samme tematikk og problematikk, danner disse organiserende temaer (se Figur 5). I denne prosessen gikk jeg over til en mer deduktiv tilnærming, fordi jeg ønsket å strukturere temaene i lys av forskningsspørsmålet. Navnet på det organiserende temaet oppsummerer karaktertrekkene ved de grunnleggende temaene og forteller oss mer om konteksten i teksten (Attride-Stirling, 2001).



Figur 5. *Grunnleggende tema, organiserende tema og globalt tema som danner et tematisk nettverk.*

Til slutt ble de organiserende temaene utgangspunktet for et globalt tema (se Figur 5). Et globalt tema presenterer et argument eller en oppsummering som beskriver et problemområde eller et fokusområde fra teksten. Dette forteller mer helhetlig om innholdet i datamaterialet.

Etter å ha gjennomgått nettverket og forsikret meg om at det reflekterer datamaterialet, gikk jeg videre til *det fjerde steget*. Dette steget handler om å utforske nettverket og identifisere mønstre og spesielle trekk som forteller oss mer om meningsinnholdet i dataene (Attride-Stirling, 2001). Jeg tok utgangspunkt i nettverket og så dette opp mot det transkriberte datamaterialet. På denne måten kunne jeg finne gjentagende mønstre, illustrert med sitater og utsagn fra teksten. *I det femte steget* oppsummeres nettverket. Her ble mønstrene og karaktertrekkene som ble funnet i steg fire, tydeliggjort. Steg fem presenterer funnene og blir beskrevet i kapittel fem. *I det sjette steget* blir mønstrene tolket og sett opp mot teorien og forskningsspørsmålet (Attride-Stirling, 2001). Dette vil utgjøre oppgavens diskusjonsdel i kapittel seks.

4.5 Kvalitetssikring

En måte å sikre kvalitet i forskningsprosessen på er gjennom grundige beskrivelser av valgene som blir tatt. Dette innebærer refleksjon over forskningsprosessen og forskerens egen rolle i arbeidet (Skilbrei, 2019, s. 88). Innen kvalitetssikring av forskning er det flere begreper som blir brukt. I kvantitativ forskning er validitet og reliabilitet vesentlige i diskusjonen rundt kvalitet. Innenfor det kvalitative forskningsfeltet er bildet derimot noe mer nyansert. Validitet

og reliabilitet vektlegges for eksempel ikke like tungt alene i kvalitative studier som i kvantitativ forskning (Bryman, 2016, s. 43). Kvale og Brinkmann (2015, s. 272) presenterer begrepene validitet, objektivitet, reliabilitet og generaliserbarhet som begreper som blir brukt innen kvalitetssikring. Guba (1981) legger til grunn *credibility*, *transferability*, *dependability* og *confirmability* for å forklare kvalitet i forskning. I denne oppgaven vil jeg bruke begrepene oversatt til norsk; troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet. Kvaliteten på studien bestemmes også av kvaliteten på datamaterialet. Her vil kvaliteten kunne vurderes ut ifra hvor relevant datamaterialet er til å besvare studiens problemstilling. Kvaliteten vil likevel variere, da en datasamling vil kunne belyse én problemstilling bedre enn en annen (Grønmo, 2016, s. 237).

Studiens **troverdighet** (engelsk: *credibility*) vises gjennom forskerens evne til å legge frem en studie som virker sannsynlig og med detaljerte beskrivelser av prosessen og funnene (Tracy, 2010). En troverdig studie innehar funn som ikke er påvirket i for stor grad av forskerens bias (Bryman et al., 2008) og der deltakerne finner funnene som sanne. Jeg har forsøkt å gi grundige beskrivelser av forskningsprosessen og de metodiske valgene. Gjennom veiledningstimer og diskusjoner med medstudenter har jeg fått tilbakemelding på arbeidet underveis i prosessen. Dette har bidratt til kritisk tenking og bearbeiding av mine beskrivelser, og har vært med på å styrke studiens troverdighet. Dette er det Guba (1981) kaller «peer debriefing».

Overførbarhet (engelsk: *transferability*) handler om i hvor stor grad resultatene kan brukes i andre situasjoner. I kvalitativ forskning er dette utfordrende, da det ofte benyttes et begrenset antall deltakere (Shenton, 2004). Dataene i egen studie besto av individuelle opplevelser og danner derfor ikke et grunnlag for å forstå selve fenomenet som alle innenfor denne gruppen vil kjenne seg igjen i. Dataene besto imidlertid av historier, noe som kan føre til at leseren kjenner seg igjen i funnene som blir presentert. På denne måten vil overførbarheten kunne bekreftes (Tracy, 2010). I kvalitativ forskning blir studiens overførbarhet vurdert gjennom muligheten til å bidra med kunnskap i andre sammenlignbare situasjoner (Malterud, 2017, s. 24). Det kan tenkes at funnene i denne oppgaven kan være med å gi ny kunnskap til hvordan koronapandemien har påvirket andre sårbare grupper i samfunnet. Malterud (2017, s. 66) poengterer imidlertid at det er viktig at forskeren ikke ser på studiens funn som automatisk overførbare til andre grupper eller situasjoner. Virkninger av et fenomen kan oppleves svært annerledes hos en annen gruppe.

Pålitelighet (engelsk: dependability) sikres gjennom en grundig og konkret beskrivelse av studiens metodiske valg for å sikre at en annen forsker skal kunne utføre tilsvarende studie med like metodologiske valg (Kaya, 2013). Fordi dette er en kvalitativ studie vil resultatene likevel ikke være sammenlignbare (Shenton, 2004). Å vise til stegene i forskningsprosessen kan gjøre det mulig å repetere lignende studier ved en senere anledning. Jeg har forsøkt å gi detaljerte beskrivelser av rekrutteringen, datainnhenting og analyseprosessen, og derigjennom søkt å sikre studiens pålitelighet.

Bekreftbarhet (engelsk: confirmability) handler om forskerens bevissthet rundt sin egen forforståelse, sine meninger og egne tanker, og i hvor stor grad forsker lar dette farge forskningen (Shenton, 2004). Bekreftbarheten styrkes når forskeren forklarer funnene som et resultat av analysen av dataene fra deltakerne, og at funnene *ikke* er påvirket i for stor grad av forskerens bias (Shenton, 2004). Å gjøre rede for beslutninger som blir gjort under prosessen, i tillegg til forskerens erfaringer og oppfatninger, er også viktige aspekter, da disse kan påvirke analysen og tolkningen av dataene (Johannessen et al., 2021, s. 259). For å sikre bekreftbarheten skal forskeren skille mellom egne faglige perspektiver, egne tolkninger og hva deltakeren faktisk har sagt. Dette innebærer at forsker skal unngå å utelate deler av datamaterialet for å sikre at ikke bare én side av saken blir belyst (Thagaard, 2009, s. 229). For å sikre bekreftbarheten har jeg presentert funnene med sitater for å skille mellom min forståelse av datamaterialet og deltakernes utsagn. I tillegg har jeg ønsket at leseren enkelt skal kunne se hva som ligger til grunn for mine tolkninger, gjennom å tydeliggjøre de teoretiske aspektene.

4.5.1 Forskerrollen og forforståelse

Innen en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming vil likevel forskerens påvirkning være vanskelig å unngå, men dette behøver ikke nødvendigvis å være negativt. Malterud (2017, s. 41) påpeker at i kvalitative studier vil forskerens forforståelse og holdninger alltid påvirke studien. Min forforståelse er preget av et positivt syn på effekten av fysisk aktivitet på psykisk helse. Jeg har alltid vært opptatt av å være i aktivitet for å ha en god helse, og dette er viktig å være bevisst på og i størst mulig grad legge til side i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 42). Jeg som forsker vil alltid være den viktigste aktøren, og således det viktigste «verktøyet» i tolkningen av datamaterialet (Malterud, 2017, s. 43). Jeg fokuserte på å ikke la analysen og

tolkningen av datamaterialet bli påvirket av min forforståelse i for stor grad, men heller være åpen i analysen av materialet.

4.6 Etikk

I en kvalitativ studie er det flere etiske vurderinger det er viktig å ta hensyn til. Punch (2014, s. 36) beskriver etikk som det som er rett og galt, og i forskning handler etikk om å utføre studien på en etisk riktig måte. Som forsker skal man reflektere over de etiske hensyn man står overfor både i planleggingsfasen, under datainnhenting og i slutfasen av undersøkelsen. Dette innebærer å behandle deltakerne rettferdig og med respekt, og ikke utsette dem for unødig ubehag og situasjoner som kan ha risiko for senere negative virkninger (Creswell & Poth, 2018, s. 53-54). Fordi studien kunne gi ny kunnskap om helse og sykdom ble det stilt krav om å søke godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (se Vedlegg 4: Godkjenning fra REK). Prosjektet ble i tillegg registrert i UIBs system RETTE. Dette sikret nødvendig behandling av personopplysninger i forskningsprosjekt (UiB).

4.6.1 Frivillig samtykke

For å sikre at studien ble gjennomført på en etisk riktig måte ble det lagt vekt på at deltakelse var frivillig og at deltakerne samtykket. Frivillig samtykke handler om at deltakerne valgfritt har sagt ja til å delta i en studie. Det skal være tydelig og entydig hva deltakelsen innebærer (Punch, 2014, s. 44). Dette krevde at jeg ga nok og nødvendig informasjon om studien slik at deltakerne var klar over metode for innsamling av data, hvordan dataene ble behandlet og oppbevart, i tillegg til at de når som helst kunne trekke seg fra deltakelse. Deltakeren skal være innforstått med prosjektets innhold slik at de selv kan vurdere om dette er noe de ønsker å bidra med for å underbygge funn og formål med studien (Malterud, 2017, s. 214). Under rekruttering av deltakere ble frivillig samtykke sikret gjennom grundig informasjon om studien, om hva deltakelse ville innebære, i tillegg til et lettest og lett tilgjengelig informasjonsskriv (se Vedlegg 2: Informasjonsskriv – deltaker og Vedlegg 3: Informasjonsskriv – trener). Jeg gjorde det tydelig at de kunne stille spørsmål om noe var uklart eller om de hadde spørsmål til gjennomføring eller formålet med studien. Det samme informasjonsskrivet ble gjennomgått før intervjuet startet slik at de fikk mulighet til å stille spørsmål eller trekke seg, dersom ønskelig. Frivillig samtykke og betingelser for deltakelse ble signert av deltakerne. Når portvokter benyttes for utvelgelse av deltakere, vil det kunne være risiko for at deltakerne

føler seg forpliktet til å delta (Skilbrei, 2019, s. 138). Denne risikoen ble redusert gjennom dialog med organisasjonen, og vi kom frem til at jeg kunne ta direkte kontakt med deltakerne over sms for å forsikre at deltakelsen var ønsket og frivillig.

4.6.2 Konfidensialitet og anonymitet

For å sikre at studien blir gjennomført på en etisk forsvarlig måte skal forskeren sikre konfidensialitet i forskningsprosessen. Konfidensialitet innebærer blant annet å anonymisere deltakerne, slik at det ikke vises til eller brukes data som kan identifisere en person (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). Dette omfatter navn, stedsnavn og andre karaktertrekk som gjør en person gjenkjennelig (Green & Thorogood, 2018, s. 92). Deltakerne har en bakgrunn preget av psykiske utfordringer og det er derfor svært viktig å sikre anonymitet (Malterud, 2017, s. 214). Forskeren skal derfor informere om hvordan data blir anonymisert, behandlet og hvem som har tilgang til dataene.

For å sikre anonymitet ble deltakernes ekte navn erstattet med «deltaker 1, deltaker 2», osv. Psykiatrilianansen har 350 deltakere fordelt på 25 aktiviteter i løpet av en uke, og det ble derfor vurdert at å bruke organisasjonens fulle navn var tilstrekkelig sikkert med hensyn til deltakernes anonymitet. Det ble derfor foretatt strengere tiltak om bruk av generelle opplysninger rundt den enkelte deltaker, og både alder, kjønn og hvilke aktiviteter deltakerne tok del i, ble utelatt. En koblingsnøkkel med deltakernes navn ble oppbevart på en passordbeskyttet server med VPN-tilkobling, UIB SAFE, for å sikre muligheten til å kontrollere navn opp mot transkribert tekst senere i prosjektperioden. Dette ble gjort i tilfelle deltakerne ønsket innsyn i data om seg selv eller ønsket å trekke seg. Koblingsnøkkelen og datamaterialet ble oppbevart separat. Etter endt mailutveksling ble mailadresser slettet. Lydopptak ble slettet etter transkribering, og data og koblingsnøkkel blir slettet innen fem år etter prosjektavslutning, som er satt til november 2022 etter avtale med REK.

Å sikre anonymitet kan være utfordrende når en benytter seg av en portvokter som mellomledd i rekrutteringsprosessen, fordi portvokteren i utgangspunktet ikke skal vite hvem deltakerne er (Skilbrei, 2019, s. 125). Min vurdering var likevel at bruk av portvokter var nødvendig fordi jeg ellers ikke hadde tid eller mulighet til å få tak i deltakere som oppfylte alle kriteriene på egen hånd. For å redusere usikkerheten med bruk av portvokter ble forutsetningene om anonymisering gjennomgått med portvokter.

4.6.3 Konsekvenser

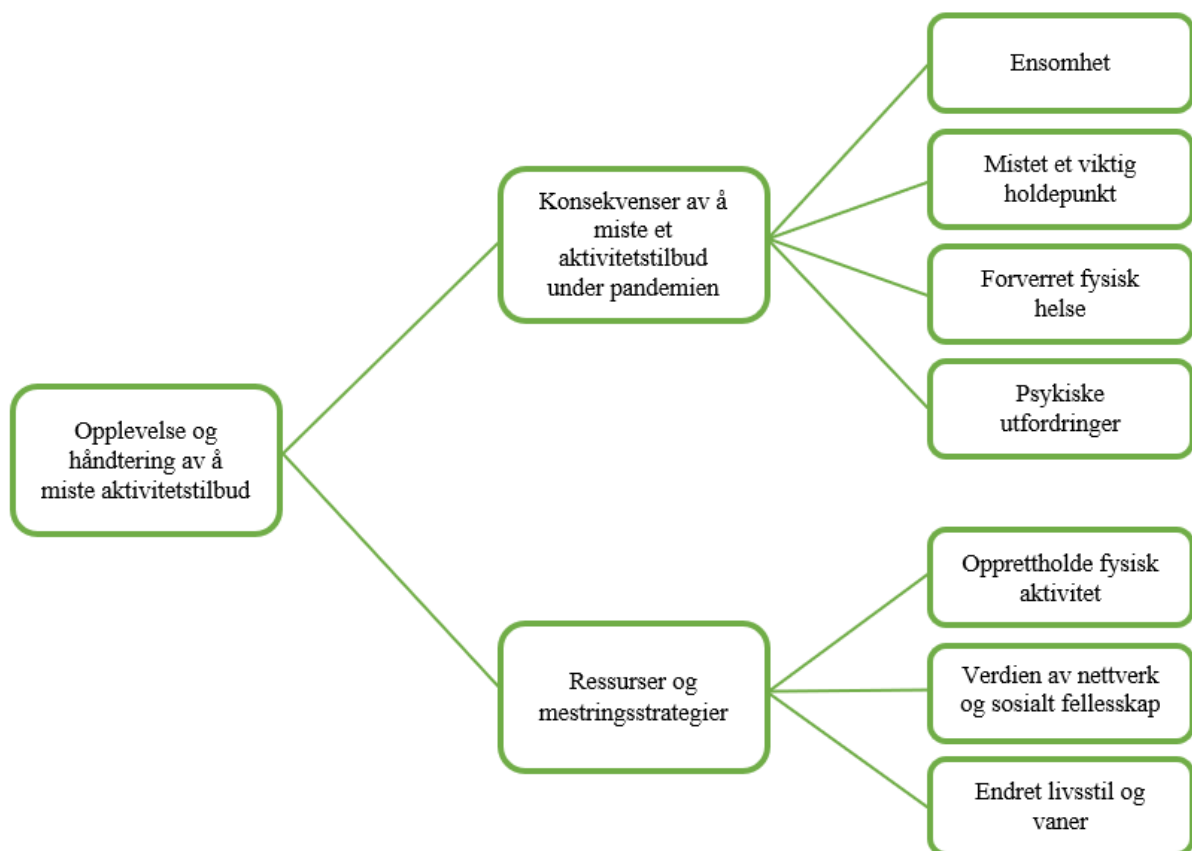
Som forsker skal man stille seg spørsmål rundt hvilke konsekvenser forskningen kan ha for deltakerne og sikre at fordelene ved å delta er større enn eventuelle negative konsekvenser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). Det er derfor viktig å forsøke å ivareta deltakerens krav til beskyttelse og personvern, og jobbe for at ingen skade blir påført deltakeren (Thagaard, 2009, s. 28-29) I en kvalitativ studie skal man derfor tenke over hvilke forhold som potensielt kan være til skade for deltakerne (Mackenzie et al., 2007). Siden gruppen med deltakere har en historie preget av psykiske utfordringer, er det viktig med spørsmål utformet på en god måte som ikke virker støtende eller for «gravende». Formålet med studien var ikke å få innblikk i deltakernes historie med psykiske utfordringer, men hvordan de opplevde nedstengning av aktiviteten. Det ble opprettet beredskap for å ivareta eventuelle behov for avklarende spørsmål eller behov for samtale etter intervjuene. Beredskap på dette ble sikret gjennom informasjon om at det var mulig å kontakte meg som student eller prosjektleder som kunne sette deltakeren i kontakt med en navngitt ressursperson ved Psykiatriliansen.

4.6.4 Sårbare grupper

Det kan diskuteres hva som definerer en sårbar gruppe, og hvem som faller innunder en slik betegnelse. Det finnes ingen bestemt definisjon på begrepet, men det kan beskrives som en gruppe mennesker som på grunn av ulike forhold kan ha utfordringer i forbindelse med å delta i en studie (NSD, u.å.; Solbakk, 2014). Jeg har valgt å bruke begrepet sårbar gruppe om deltakerne, fordi målgruppen til Psykiatriliansen er personer med psykiske utfordringer.

5 Presentasjon av funn

Studiens formal var å se hvordan bortfall av et aktivitetstilbud påvirket helsen til deltakerne av Psykiatraliansen, og hvordan de håndterte dette bortfallet. I dette kapittelet presenteres studiens forskningsfunn, hvorav disse er vist som to organiserende temaer. Innholdet i disse temaene blir underbygd med sitater fra intervjuene. Deltakernes anonymitet blir ivarettatt ved å oppgi begrenset med personlig informasjon, da deltakerne er en sårbar gruppe og byen Bergen og Psykiatraliansen ikke anonymiseres. Jeg oppgir ikke informasjon om deltakernes kjønn, alder eller hvilke aktiviteter de deltar på, da dette kan øke risikoen for at de blir gjenkjent. Deltakerne vil derfor bli presentert som «hen» og refereres som deltaker 1, deltaker 2 og så videre. Flere av deltakerne hadde lederansvar i ulik grad på aktivitetene, mens andre kun var deltakere. Alle deltakerne var over 18 år og har vært en del av Psykiatraliansen både før og under koronapandemien. Figur 6 illustrerer det tematiske nettverket og sammenheng mellom de ulike temaene og nivåene i nettverket.



Figur 6. *Det tematiske nettverket*

Videre i kapittel fem vil de grunnleggende temaene bli beskrevet og belyst med sitater.

5.1 Konsekvenser av å miste et aktivitetstilbud under pandemien

I det første organiserende temaet viste analysen at samtlige deltakere hadde opplevd ulike konsekvenser av nedstengningen som påvirket deres hverdag. Deltakerne beskrev opplevelsene sine ulikt, der noen opplevde nedstengningen som vanskeligere enn andre. Det var likevel fire grunnleggende temaer som var gjennomgående; ensomhet, mistet viktig holdepunkt i hverdagen, forverret fysisk helse og psykiske utfordringer.

5.1.1 Ensomhet

Analysen viste at aktivitetstilbudet var en viktig sosial arena for deltakerne, og flere av deltakerne fortalte at de kjente på følelse av ensomhet når det stengte ned som en følge av den nasjonale nedstengningen. Flere beskrev at å miste den sosiale kontakten med menneskene de pleide å trene sammen med opplevdes som tungt og at tapet av tilhørighet til gruppen var vanskelig for de fleste deltakerne. En deltaker trakk frem at tapet av sosial kontakt, på grunn av stengte treninger, var verre enn å miste den fysiske treningen:

«[...] så mistet jeg en av mine viktigste kilder til sosial kontakt. Det var mye verre å miste kilden til sosial kontakt enn det var å miste kilden til fysisk aktivitet. Den fysiske aktiviteten kunne jeg jo, som jeg har fortalt, fortsatt gjennomføre. Men det som kanskje var forandringen var at den fysiske aktiviteten måtte jeg gjennomføre alene».

(Deltaker 4)

Deltakerne beskrev bosituasjonen som en viktig faktor for i hvor stor grad de opplevde ensomhet, og analysen viste at det er en tydelig sammenheng mellom opplevd grad av ensomhet og om deltakerne bodde alene eller var samboere. De deltakerne som bodde alene hadde en mer negativ opplevelse av å miste aktivitetstilbudet hos Psykiatriliansen sammenlignet med de som hadde samboer. Aleneboerne beskrev situasjonen som tøffere og at de hadde mindre å se frem til i hverdagen. Den akutte overgangen til plutselig å bli alene opplevdes ufrivillig for mange, i den forstand at deltakerne følte seg maktesløse og ute av stand til å påvirke sin egen situasjon. Dette styrket dermed den negative opplevelsen av å være mer alene, og noen av deltakerne beskrev nettopp denne ufrivilligheten slik:

«Det er jo den ensomheten, når du bor alene, du har ikke noen å høre til. Så det er jo den ensomheten som knekker meg i hvertfall. Jeg er ikke laget for å være alene, jeg er

laget for være rundt folk og være med folk og ja, jeg er veldig sosial av meg egentlig».
(Deltaker 3)

Videre viste analysene at virkningene av nedstengingen ble opplevd som sterkere blant de som bodde alene, fordi man mistet muligheten til fysiske møter med andre. Deltakerne beskrev nettverkene sine ulikt, men de med mindre nettverk fortalte at de opplevde mer ensomhet enn de med større nettverk. Noen ga også uttrykk for at de hadde et lite nettverk, men at dette nettverket ikke var fysisk aktive, og at det opplevdes ensomt å ikke ha noen å utøve fysisk aktivitet sammen med utendørs.

«[Under nedstengingen] hadde jeg ikke noen andre å være [med], noen andre som likte å være fysisk [...] når du kommer her [til Psykiatricaliansen] så vet du det at folk liker å være fysisk, det er derfor vi kommer. Men det er mange rundt meg som ikke liker å være fysisk, som liker å spise usunt. Jeg har ikke så mange venner, men de jeg har, har veldig negativ påvirkning for ting som er viktig for meg, så klarer jeg ikke å stå imot til slutt». (Deltaker 5)

Det kom også frem at flere mente de fysiske møtene var viktigere enn samtaler på telefon eller andre elektroniske plattformer, da fysiske møter forsterket følelsen av samhold og tilhørighet. Tross dette viser analysen at graden av ensomhet ikke var avhengig av størrelsen på nettverket, og flere av deltakerne ga uttrykk for at én nær person i nettverket var tilstrekkelig for å motvirke ensomhet.

5.1.2 Mistet et viktig holdepunkt

De fleste beskrev aktivitetstilbudet som et viktig holdepunkt i uken. For mange var de faste treningene det holdepunktet som ga en struktur i hverdagen, og en aktivitet som bidro til å skape rutine for flere. Analysen viste at rutiner rundt søvn, måltider, ivaretagelse av personlig hygiene og fysisk aktivitet var noe som ble opprettholdt gjennom å ha faste treninger. I tillegg beskrev andre at de faste treningene var en viktig faktor for at den psykiske helsen ble opprettholdt. De viste til at dette skapte en forutsigbarhet i hverdagen og noe å se frem til. En deltaker beskrev betydningen av faste treninger slik:

«[...] når du er psykisk syk og livet ikke fungerer, så har du veldig lite spesifikke ting å se frem til eller forholde deg til. En uke er helt lik den forrige, og den neste etter der er

helt like den for fire uker siden. Det er vanskelig på en måte å feste dager og tider og sesonger [...] når du er ute å [trener] på [ukedag] og [ukedag] og er ute, så merker du om det snør og du vet om det er [ukedag]. Det er behagelig. Å ha noe som gir litt plass i uka. Også er det noe å se frem til og, du vet på en måte at «eh kjip helg, men på [ukedag] er det [trening]!» (Deltaker 6)

Men under koronapandemien med flere nedstenginger gjennom de siste to årene mistet alle deltakerne treningene som et holdepunkt. Deltakerne beskrev en hverdag som ble mer og mer uforutsigbar og negativ på grunn av manglende faste treninger, og opp- og nedstenging av aktivitetene, som for noen førte til at de opplevde å bli mer deprimerte og nedstemte, og kjente på andre psykiske påkjenninger som urolighet og økt stress. I tapet av et holdepunkt fortalte noen deltakere at de kjente på en sorgfølelse av det de mistet. De savnet aktivitetene, vennene som møter til aktiviteten og det sosiale miljøet.

«Det blir litt sånn berg og dalbane og hodet skal liksom på en måte balansere dette her, og det var ikke lett». (Deltaker 1)

«Ja det var helt forferdelig for min del, det var det. Og se et lite håp, det åpnet opp igjen en liten stund, så bare kommer du inn i gamle rutiner, så plutselig så bare stenger alt ned igjen. [...] den psykiske helsen min har jo fått kjørt seg greit». (Deltaker 3)

I tillegg snakket andre deltakere om at tapet av tilhørighet førte til tap av motivasjon til å være i aktivitet. For mange var de organiserte treningene en uforpliktende «avtale» som de opplevde som en positiv push for å komme seg ut døren. Men når de mistet samholdet på aktivitetene forsvant denne motivasjonen til å være i fysisk aktivitet, og dette var nok til at noen ble inaktive.

«Men du merker jo hva du mister, du mister det samholdet med alle du skal på trening med, du har ikke noe å gå ut til, så du blir liggende på sofaen hele tiden [...] Det er egentlig bare tapet av tilhørighet til en gruppe, ikke ha noe å se frem til når du våkner. Det er egentlig det som er hele greien, at du vet når du legger deg at du skal ingen ting i morgen likevel. Fordi alt er stengt.» (Deltaker 3)

5.1.3 Forverret fysisk helse

De fleste deltakerne beskrev sin fysiske helse som dårligere etter 2 år med gjentatte nedstenginger av aktivitetstilbudet. Flere deltakere fortalte at de hadde blitt «latere» under nedstengingen, de satt mer i ro, spiste mer usunn mat, i tillegg til å ha et generelt lavere energinivå enn normalt. Som en følge av dette opplevde noen å gå opp i vekt under pandemien. Alle som fortalte om dette viste forståelse for hvorfor det skjedde, og flere uttrykte at det var tungt å komme tilbake på trening etter lengre perioder uten aktivitet. Andre forhold som ble beskrevet å bidra til dårligere fysisk helse var: nedstengingen i seg selv og avlyste treninger, vinter og mørketid som førte til at noen satt mer inne, og julehøytid med mer fokus på fet og sukkerholdig mat. Noen fortalte også at summen av faktorene usunn mat, mindre aktivitet, vektøkning og mindre kontakt med nettverket hadde gått ut over den mentale helsen.

«Du klarer ikke å komme deg ut av den sofaen når du ikke har noe å gå til [...] man ser ikke helt vitsen med å gå ut, man får ikke treffe noen likevel». (Deltaker 3)

«Så det ble kanskje en litt uheldig sirkel [...] det ble mindre trening enn normalt, jeg spiste litt mer usunt, jeg gikk opp i vekt, jeg kjente på mindre overskudd, derfor ble det kanskje sånn at jeg ikke orket å trene fordi jeg ikke kjente overskuddet til å gjøre det». (Deltaker 4)

Samtidig snakket flere av deltakerne om at trening er ferskvare og derfor må vedlikeholdes, men at de hadde en tro om at formen raskt ville komme tilbake når de først kom i gang med trening etter gjenåpning. Dette viste at de hadde en positiv holdning rundt trening og fysisk helse, da flere beskrev at de ikke så på situasjonen som permanent ødeleggende for formen. Selv om flere deltakere ga uttrykk for at god fysisk form var viktig, beskrev flere av deltakerne at mangel på motivasjon på grunn av stengte treninger var en viktig faktor for at de ikke hadde gjennomført egentrening med fokus på å vedlikeholde den fysiske formen under nedstengingen. En deltaker satte ord på opplevelsen ved å kjenne at kroppen var i dårligere form slik:

«Eneste som jeg synes var litt dumt er at du kjenner jo hvordan du har latt deg selv forfaller når du ikke har vært på trening. Du merker det når du løper de første 100 meterne, de går ikke like fort som de pleide å gjøre. Det er jo litt dumt, men man må jo

bare prøve å snu det og tenke at det går an å komme tilbake. Men det er jo ferskvare med form». (Deltaker 6)

5.1.4 Psykiske utfordringer

Nedstengingen ble for mange deltakere en stor omveltning som medførte store forandringer i hverdagen, og deltakerne ga blant annet uttrykk for at dette førte til færre møtepunkter, mindre sosial kontakt og økt uro og bekymring. Summen av disse endringene ble for mange overveldende og flere uttalte at det var vanskelig å håndtere den nye tilværelsen. Som en konsekvens av dette fortalte nesten alle deltakerne at de opplevde å få en dårligere psykisk helse under pandemien, og noen forklarte at allerede de første dagene etter at landet stengte ned 12. mars 2020 opplevdes som brutale og svært tøffe.

«Den [psykiske helsen] var ganske bra før nedstenging, men etter nedstenging var det bare stup, stup bratt bakke nedover. Siden korona kom til dags dato så har jeg fire innleggelses på [behandlingssted]». (Deltaker 3)

Under intervjuene var det flere av deltakerne som tenkte tilbake til tiden før de startet hos Psykiatrialliansen, og sammenlignet den psykiske helsen før og etter at de tok i bruk aktivitetstilbudet. De fortalte at trening bidro til å styrke den psykiske helsen fordi det ga struktur og rutine til hverdagen, og under nedstengingen var det derfor flere som opplevde at de falt tilbake til gamle og destruktive rutiner, og at denne virkningen for noen kom raskt.

«Men det er klart når sånne ting skjer og du mister det som på en måte holder deg oppe, så blir du jo rett og slett nedstemt [...] Så for min psykiske del så er det klart at har jeg ikke treningen så er hodet dårligere rett og slett [...] da har jeg ikke så god kontroll da, enn når du har trent». (Deltaker 1)

Noen av deltakerne fortalte at nedstengningen gikk utover humøret. De beskrev at de opplevde å være mer frustrert og ble fortere irritert enn normalt. Dette kunne komme som følge av småting, som dårlig vær eller teknisk utstyr som ikke fungerte. For noen ble frustrasjonen spesielt trigget av andre mennesker som ikke fulgte smittevernradene, fordi de var bekymret for at andre familiemedlemmer kunne bli syke av viruset. For noen av deltakerne var svingninger i humør medvirkende til at de distanserte seg mer til andre mennesker, med den følge at den sosiale kontakten ble enda mindre. Andre deltakere ga

imidlertid uttrykk for at humør ikke hadde vesentlig innvirkning på kontakten med andre mennesker.

«Jeg blir oppfattet å ha ganske stabilt humør. Men jeg oppdaget i den perioden, så ble jeg nok mer humørsyk enn normalt». (Deltaker 4)

«Jeg synes det er veldig vanskelig å fortsette å være helt okey med noen etter å ha hørt hva de kan si om [sykdom og smitte]. De sier at de er mer opptatt av hvor syke de selv kan bli av en vaksine enn hva bestemødre kan bli av sykdom. Da sliter jeg med å se de i øynene etterpå, jeg prøver, men jeg synes det er vanskelig til dels». (Deltaker 6)

Samtlige deltakere fortalte om opplevelsen av usikkerhet under nedstengingen, og at dette påvirket deres psykiske helse i ulik grad. Flere beskrev en opplevelse av indre uro når de mistet et aktivitetstilbud, fordi de ikke visste hva som kom til skje i tiden fremover. En deltaker beskrev dette som følelse av spenning, da hen opplevde en gjentagende usikkerhet imellom nedstenginger og gjenåpninger. Samtidig beskrev en deltaker situasjonen som surrealistisk. Denne opplevelsen av indre uro og usikkerhet satt flere av deltakerne i sammenheng med dårligere søvn. De fortalte at de kjente seg mer urolige ved leggetid og derfor hadde vanskeligheter med å sovne. En deltaker fortalte at bortfall av trening også var en faktor som påvirket søvnen, da hen opplevde å sove bedre etter å ha vært i fysisk aktivitet.

«Ja, mer naturlig trøtt hvis jeg har slitt meg ut [...] Ute og løper på en bane i to timer så sover man som en baby». (Deltaker 6)

Blant deltakerne som hadde en form for lederansvar under ulike aktiviteter fortalte at det var krevende å være vitne til at andre deltakere fikk det vanskelig når treningene stengte ned. Dette ga en opplevelse av maktesløshet, der de opplevde å ikke strekke til overfor deltakerne, og at de følte frustrasjon over å ikke kunne bidra med noe som de visste hadde stor effekt på deltakernes psykiske helse. En av deltakerne med lederansvar beskrev opplevelsen slik:

«(Det var) forferdelig tungt. Det er vanskelig, for jeg vet ikke hva jeg skal gjøre for å få de opp igjen. Jeg har ikke snøring. Og det er veldig vanskelig, for du kan «pep talke» [...] men vi ser jo at det ikke hjelper på en måte [...] Det er liksom det verste å

se på at de som har det verst har fått det verre [...] det har hatt for mye å si at vi stengte ned». (Deltaker 2)

5.2 Ressurser og mestringsstrategier

I det andre organiserende temaet vil analysen belyse hvordan deltakerne håndterte konsekvensene av pandemien og et stengt aktivitetstilbud utover i perioden med nedstenging. Deltakerne brukte ulike mestringsstrategier, og disse kan oppsummeres i tre grunnleggende temaer: opprettholde fysisk aktivitet, verdien av nettverk og sosialt fellesskap, og endret livsstil og vaner.

5.2.1 Opprettholde fysisk aktivitet

Analysen viste at å miste et viktig holdepunkt førte til at deltakerne opplevde å miste rutiner og struktur i hverdagen. Flere av deltakerne håndterte etter hvert dette ved å kompensere med andre former for aktivitet, fordi de visste hvor viktig fysisk aktivitet var for den psykiske og fysiske helsen. Noen av deltakerne fortalte at de begynte å fokusere på å være i enda mer fysisk aktivitet når aktivitetstilbudet falt bort, og enkelte tok i bruk byfjellene, parker og andre uteområder for å være i aktivitet. Det kom frem at det å være fysisk aktiv var en viktig faktor for at noen av deltakerne klarte å håndtere den usikre perioden både like før og under nedstengingen.

«[...] det var vel kanskje det jeg gjorde, gikk enda en gang i [turområde] eller et eller annet sånt for å få ut litt steam hvis det var noe jeg tenkte på, så var det bare deilig å komme ut». (Deltaker 2)

For å motvirke at den fysiske helsen ble ytterligere forverret, var det flere deltakere som begynte å utføre en form for egentrening litt ut i perioden med nedstenging. Egentreningen kunne bestå av styrketrening hjemme, gåturer og joggeturer. Analysen viste at å opprettholde rutiner rundt trening og aktivitet var effektivt for å vedlikeholde både fysisk form og psykisk helse, og dette ga deltakerne struktur i hverdagen. Likevel viste det seg at motivasjonen for å gjennomføre trening på egenhånd varierte blant deltakerne, da noen ikke hadde erfaring med å være i aktivitet alene og på eget initiativ. Derimot klarte deltakerne som hadde erfaring med utøvelse av fysisk aktivitet allerede før de ble kjent med Psykiatrialliansen å opprettholde egentreningen i løpet av perioden. En av deltakerne fortalte at hen opplevde at den fysiske

helsen hadde blitt bedre under nedstenging på grunn av et større fokus på å være i fysisk aktivitet på egenhånd. Hen begynte å gå turer, jogge, sykle og utføre diverse styrkeøvelser hjemme og i Tufteparker utendørs, med bakgrunn i erfaring av hva fysisk aktivitet betyr for helsen.

«(...) når det skjer noe alvorlig, enten i mitt privatliv eller i verden, så har fysisk aktivitet fantastisk god hjelp til å få litt avstand eller pause fra [alt]». (Deltaker 4)

Analysen viste at for flere var fysisk aktivitet en viktig faktor for at den psykiske helsen holdt seg stabil gjennom nedstengingene. Noen fortalte at de etter hvert begynte å ta seg en tur ut når de opplevde å ha negative tanker, mens andre fortalte at de brukte fysisk aktivitet som et avbrekk fra det alvorlige nyhetsbildet, fordi aktiviteten ga dem noe annet å tenke på.

«[...] Den [psykiske helsen] ble ikke så dårlig som den ville blitt uten trening, nei. Treningen motvirket at jeg gikk helt ned i kjelleren. Du kan si, rettere sagt jeg var vel en kort periode i kjelleren i de første dagene etter pressekonferansen, men det medvirket til at jeg kom meg fort opp igjen og at jeg holdt meg på et akseptabelt nivå med tanke på psykisk helse». (Deltaker 4)

En annen deltaker beskrev sin psykiske helse som et «skall» som glei av når hen var i fysisk aktivitet. Dette skjedde bare dersom aktiviteten var fysisk anstrengende og at hen fikk en følelse av å bli fysisk sliten:

«[...] jeg har gått turer, og noen ganger går jeg så fort jeg bare klarer så jeg får av det der [skallet], [...] jeg må enten gå veldig fort eller så må jeg gå veldig langt». (Deltaker 5)

Analysen viste også at noen opplevde å bli inspirert til å tenke nytt underveis i pandemien, og en leder la til rette for aktivitet ute for å gi et tilbud til de som ønsket det etter at det første sjokket etter nedstengingen hadde lagt seg. Dette ble tatt godt imot og var «superpopulært», og skapte en ny møteplass der deltakerne kunne møtes og være i aktivitet sammen med en trygg meter mellom hverandre. Andre deltakere ble mer kreative på egenhånd og plukket opp gamle fritidsaktiviteter, som puslespill, lese bøker og løse kryssord. Å gjøre dette var givende for mange og det skapte nye rutiner i en noe annerledes hverdag.

«Så jeg ble rett og slett tvunget til å være kreativ. Det var et vendepunkt [...] men så tenkte jeg det at «nå må du bruke fantasien igjen, dette må du prøve å ta tak i».

(Deltaker 4)

5.2.2 Verdien av nettverk og sosialt fellesskap

Analysen viste at nettverket var en faktor som beskyttet mot ensomhet fordi deltakerne visste at nettverket var der dersom de trengte det allerede fra første dag når landet stengte ned. Som vist, opplevde flere akutte negative endringer på den psykiske helsen dagene etter nedstenging, men de fleste deltakerne beskrev nettverket sitt som en viktig faktor som bidro til at helsen ikke ble ytterligere forverret selv om aktivitetstilbudet falt bort. Noen fortalte at de ble mer bevisst og takknemlige overfor det nettverket de hadde ved at de så hvor vanskelig andre deltakere hadde det under pandemien. Andre deltakere beskrev at de brukte nettverket sitt når de følte at de trengte støtte og noen å snakke med.

«[Nettverket har vært] helt uvurderlig. Selv om vi ikke kunne treffes fysisk, så var det egentlig bare det å vite at de var der. At jeg hadde noen som var der mens mange av mine andre [venner] ikke hadde en eneste venn som de kunne kontakte». (Deltaker 4)

Andre deltakere fortalte at de etter hvert hadde hatt mer kontakt med venner over nett under nedstengingen, med bakgrunn i at de ikke kunne dra på treninger for å møte venner. På denne måten kunne de snakke med venner som ikke bodde i Bergen eller var tilknyttet Psykiatrialliansen. Samtidig snakket andre deltakere om at de regelmessig hadde tatt initiativ til å møte venner utendørs for en gåtur under nedstengingen, for på den måten å kombinere sosial kontakt og fysisk aktivitet.

«Jeg sier jeg har vært heldig gjennom alt, jeg har kunnet treffe [venner]. Jeg har en venninne som liker å gå på tur, vi har kunnet treffe hverandre ute og gå en tur og hatt masse meter imellom oss, så jeg har vært, på alle plan, sikkert ekstremt heldig, det vet jeg. Det er jeg fullstendig klar over». (Deltaker 2)

Gjennom deltakelse i Psykiatrialliansen hadde noen deltakere opplevd å få et større nettverk som var mer forståelsesfullt og optimistisk, og der de følte seg mer akseptert. Denne tryggheten var viktig for mange av deltakerne i løpet av nedstengingen, fordi flere opplevde at

de etter hvert følte seg mindre alene til tross for at de ikke kunne møtes. For andre var imidlertid de fysiske møtene med personene i nettverket i perioder hvor dette var mulig en viktig faktor som dempet indre uro. De uttrykte at dette var viktig for å få en pause fra det alvorlige nyhetsbildet og det bidro til å gradvis redusere følelsen av å være alene.

«[...] vi har jo ingen garanti for hva som vil skje i fremtiden, sånn at Psykiatricaliansen har bidratt til at jeg får mentalt hygienisk påfyll. Der jeg får disse avbrekkene fra å gå rundt og tenke «hvordan går det videre». Også som jeg nevnte i stad, en generell pause ifra mas og krav som vi alle opplever i hverdagen. Her kan man komme akkurat som man vil, og det å ha den ukentlige garantien. Det har vært enormt viktig, ja». (Deltaker 4)

«[...] det å ha et sted å gå, folk å møte, ting å finne på, få beveget seg litt, komme seg ut, det er alt sånt som er påvist gjør det bedre. Det vil jeg si har gjort i mitt tilfelle». (Deltaker 6)

Flere av deltakerne beskrev at det å bo sammen med noen under nedstengingen var en viktig faktor for å unngå å bli isolerte. Noen valgte å flytte sammen med kjæresten i løpet av nedstengingen og andre fikk mer tid sammen med sine ektefeller og barn. Analysen viste på den måten at å være en del av en husholdning bestående av én eller flere personer hadde sterk sammenheng med grad av opplevd ensomhet og virket beskyttende mot dette. For andre opplevdes det å bo med andre som en beskyttende faktor mot ulike psykiske plager, og som deltaker 1 fortalte: «Så det er vel egentlig det som har holdt liv i kroppen».

«Hadde jeg ikke hatt hen rett og slett, så hadde nok ting gått mye verre egentlig [...] ting hadde vært mye verre og å takle alt dette her alene. Så hadde jeg ikke hatt hen og det at jeg kunne være der i perioder i strekk når det var nedstengt. Så det er vel egentlig det som har holdt liv i kroppen egentlig». (Deltaker 1)

«Jeg er heldig som har familie rundt meg, jeg har ikke sittet aleine i en leilighet. Jeg tror nok det kanskje har vært tyngre da». (Deltaker 2)

5.2.3 Endret livsstil og vaner

Analysen viste at flere tok grep for å takle nedstengningen og la om vaner for å ruste seg bedre fysisk og mentalt på det som måtte komme. For noen var dette å bli mer aktiv, for andre handlet det om å spise sunnere, og for noen var det viktig å opprettholde en god døgnrytme. Felles var at de ville ruste seg til å takle det å bli syk. En deltaker fortalte at intensjonen med å ha et fokus på faktorene trening, kosthold og søvn var for å ha et mildt sykdomsforløp hvis hen ble smittet:

«Og da spurte jeg meg selv «hva er det jeg kan gjøre for at det sykdomsforløpet skal bli så mildt som mulig?» Jo, jeg kan spise mest mulig sunt, trene, og passe på en best mulig døgnrytme. Og det har hatt enorm betydning. Og det har jeg klart å videreføre, sånn at hvis man kan snakke om positive effekter av pandemien da, så har jeg fått en ganske sunn livsstil [...] det er jeg glad for faktisk, at jeg har klart å snu det til noe positivt». (Deltaker 4)

Noen deltakere opplevde å komme styrket ut av pandemien, og livssituasjonen stabiliserte seg på enkelte områder. De ga uttrykk for at den første tiden etter nedstengingen opplevdes som rolig og uten forpliktelser, og at de derigjennom fikk bedre tid til å ordne uløste utfordringer. For noen innebar dette å få ordnet opp i bosituasjonen og økonomien, og dette kan ha motvirket en negativ effekt på den psykiske helsen. For andre medførte de nye og positive rutinene rundt søvn, mat og fysisk aktivitet at den psykiske helsen holdt seg stabil, og for et mindretall ble den faktisk bedre under nedstengingen. Analysen viste at deltakerne opplevde trygghet og ro når slike forhold var stabile i en urolig hverdag med korona.

«Det er jo på en måte utenforstående ting som har falt på plass litt tilfeldig i akkurat den perioden, men det har jo påvirket positivt da, absolutt». (Deltaker 6)

«I begynnelsen så synes jeg det var utrolig deilig for det var ingen forpliktelser, og man kunne bare være hjemme og gjøre akkurat det du ville». (Deltaker 5)

Analysen viste at flere deltakere etter hvert bevisst tok i bruk egen kunnskap for å håndtere det å miste et holdepunkt i hverdagen i en tid preget av uro. Noen hadde blant annet mye kunnskap om mestringsstrategier, og ved å begynne å jobbe med dette ble de bevisst over egne handlingsmåter under nedstengingen, og klarte å endre disse slik at de håndterte

situasjonen på en bedre måte. Mestringsstrategiene som ble trukket frem var å finne frem gamle aktiviteter, bruke nettverket i større grad, snakke med andre over telefon, og snu negative og destruktive tanker. Ved å endre vaner og rutiner på denne måten ble deltakerne tryggere i sin egen livssituasjon.

«Det var en blanding av egen kompetanse og egne erfaringer at jeg innså hva jeg hadde gjort feil under den store nedstenging. Jeg klarte å snu det til å håndtere det på en mer hensiktsmessig måte». (Deltaker 4)

Som analysen har vist mistet deltakerne et fast aktivitetstilbud og et betydningsfullt holdepunkt. Som en konsekvens av dette benyttet mange store deler av tiden sin hjemme, med fare for å bli eksponert for det alvorlige nyhetsbildet i større grad. Flere deltakere beskrev nemlig nyhetsbildet om koronapandemien som voldsom og tyngende, noe som påvirket den psykiske helsen negativt. Etter å ha følt på den nye situasjonen en stund valgte derfor noen deltakere bevisst å se på kun én nyhetssending om dagen for å begrense det dramatiske inntrykket, og andre begynte å gå mer tur ute for å komme bort fra medieoppslagene. Ved å endre slike vaner klarte deltakerne å skjerme seg selv fra en ytre faktor som ville påført enda mer stress i en allerede stressende hverdag.

«Og så prøvde [jeg] å velge nyhetsmedier som ikke dramatiserer for mye, som ikke har disse katastrofeoverskriftene «man frykter så og så mange døde, man frykter så og så mange innleggelse». Og det hjalp mye». (Deltaker 4)

6 Diskusjon

Nedstengningen av samfunnet som følge av koronapandemien rammet hele den norske befolkningen i ulik grad, imidlertid ble noen grupper hardere rammet enn andre (Leonhardt et al., 2022; Vedaa et al., 2021). En konsekvens av alle smitteverntiltakene var blant annet stengte møteplasser og aktivitetstilbud, noe som førte til at mange enkeltpersoner ble rammet. Studier har vist at fysisk aktivitet og forbedret psykisk helse henger sammen (Bertheussen et al., 2011; Georgian & Lorand, 2016; Holstila et al., 2017; Majcherek et al., 2019; Sanchez-Villegas et al., 2012), og derfor var formålet med denne studien å få økt kunnskap om hvordan bortfallet av et fysisk aktivitetstilbud hos Psykiatrialliansen påvirket helsen til deltakerne. I helsefremmende arbeid er det sentralt å skape støttende miljøer, og i den forbindelse kan et aktivitetstilbud legge til rette for å fremme psykisk helse. I tillegg har jeg sett på hvilke mestringsstrategier de tok i bruk for å håndtere dette tapet.

I dette kapittelet blir studiens funn diskutert ut ifra tidligere forskning (se kapittel 3) og teoriene om salutogenese og stressmestring (se kapittel 2). Innledningsvis vil de mest sentrale funnene bli presentert, og deretter vil jeg diskutere disse opp mot empiri og teori. Deretter vil funnene bli diskutert opp mot helsefremmende arbeid og hvilken betydning et tilbud som Psykiatrialliansen kan ha som ledd i den totale helsetjenesten. Avslutningsvis diskuteres styrker og svakheter ved studien, med innspill til videre forskning.

6.1 Studiens sentrale funn

Funnene viste i hovedsak en gjennomgående negativ opplevelse av å miste aktivitetstilbudet som en møteplass og en kilde til fysisk aktivitet. Deltakerne mistet tilgang til flere ressurser som kan bidra til positiv psykisk helse. Mindre struktur og faste avtaler opplevdes utfordrende, noe som hadde utslag på deltakernes fysiske og psykiske helse. De fleste anså denne møteplassen som en av de viktigste arenaene for sosial kontakt, og flere kjente på ensomhet, uro og bekymring som en konsekvens av å miste dette. Opplevelsen av gruppetilhørighet var en viktig motivasjonsfaktor for deltakelse i aktiviteten, og det kom frem at denne tilhørigheten var viktigere enn den fysiske treningen. Det var flere ulike måter å håndtere situasjonen på, men sosiale relasjoner og nettverk var spesielt fremtredende som en viktig ressurs. Deltakerne både vurderte og mestret stressituasjonen på ulike måter, og brukte forskjellige ressurser i å håndtere nedstengingen. Noen av ressursene deltakerne vektla var å

oppretholde fysisk aktivitet og å bruke nettverket sitt i større grad. Likevel medførte den vanskelige og usikre situasjonen økte psykiske plager og engstelse for mange. Like fullt trakk deltakerne frem kunnskap om fysisk aktivitet som en viktig ressurs som motvirket den negative utviklingen mange kjente på, både når det gjaldt den fysiske og psykiske helsen.

6.2 Å miste fellesskapet var krevende

Ut ifra analysen kan det tyde på at funnene kan deles inn i to, der deltakerne på den ene siden viste til hvordan tapet av et aktivitetstilbud hadde påvirket dem. Samtidig viste funnene hvordan de håndterte den stressende situasjonen. Stress kan defineres som ytre stressorer som påvirker individet (Lazarus et al., 2006), og i denne sammenheng kan det stengte aktivitetstilbudet anses som en stressituasjon. Det er måten vi håndterer denne ytre stressoren som påvirker i hvor stor grad situasjonen oppleves som stressende (Lazarus et al., 2006). Resultatene viste at deltakerne opplevde situasjonen som stressende i ulik grad og at de tok i bruk ulike mestringsstrategier. Ifølge Lazarus et al. (2006) er problemfokuserert strategi og følelsesfokuserert strategi to måter å håndtere stress på. Ut ifra egne funn kan det tyde på at noen av deltakerne hadde en problemfokuserert strategi i større grad, ved at de tenkte mer problemløsning og fokuserte mer på hva de kunne gjøre for å håndtere situasjonen. På en annen side indikerte funnene at de andre deltakerne hadde en følelsesfokuserert strategi, der de trakk seg mer tilbake og opplevde det som vanskelig å finne løsninger. Dette viser at evnen til å håndtere en stressituasjon og en ny hverdag vil variere fra person til person (Lazarus et al., 2006).

Analysen viste også at deltakerne som hadde trygge nettverk håndterte denne nye situasjonen bedre, sammenlignet med de med mindre nettverk. Dette viser at nære relasjoner og støttende nettverk er viktig for å håndtere uforutsette hendelser, slik som den akutte nedstengningen av aktivitetstilbudet. Dette kan ses i sammenheng med Antonovskys teori om salutogenese der gode sosiale nettverk er en salutogen faktor som bidrar til å opprettholde god helse (Tellnes, 2007). Det kan i tillegg tenkes at slike salutogene faktorer er spesielt viktig i krevende og nye situasjoner, som koronatiltakene var eksempel på. I tillegg er sosiale nettverk en helsefremmende ressurs som blir fremhevet i WHO (1948) sin definisjon av helse, der sosialt velvære påpekes som en sentral del av det som fører til en god helse.

Til forskjell fra Lazarus og Folkmans stressmestringsteori, legger Antonovskys teori om salutogenese større vekt på et ressursperspektiv. I denne sammenheng vil den tematiske analysen kunne kobles til de generelle motstandsressursene som handler om hvordan ressursene våre er med på å påvirke hvordan vi håndterer stress (Antonovsky, 1979, s. 99). Nettverkene som ble trukket frem i egen studie er en slik type ressurs, men i denne sammenheng er det ikke nettverket i seg selv som er motstandsressursen for deltakerne. Ifølge Antonovsky (1979, s. 100) er motstandsressursen nemlig *evnen* til å ta i bruk nettverket for derigjennom å håndtere situasjonen på en bedre måte. Måten noen av deltakerne gjorde dette på var for eksempel å bruke nettverket sitt for å komme seg ut av huset for å møte venner utendørs for gåturer. Analysen viste videre at de fysiske møtene med venner utendørs var viktig for deltakerne, fordi de fikk luftet hodet fri for negative tanker og uro, og derigjennom håndterte situasjonen på en bedre måte. Leonhardt et al. (2022) viste også til betydningen av nettverk for personer med psykiske utfordringer ved at deltakerne i deres studie opplevde ensomhet og økt rusbruk fordi de mistet det sosiale nettverket under nedstengingen.

Videre tyder egen analyse på at deltakerne som *ikke* evnet å ta i bruk og støtte seg på nettverket sitt opplevde ensomhet i større grad. Dette kan indikere at deltakerne ikke klarte å tilgjengeliggjøre nettverket som en del av sine generelle motstandsressurser (Antonovsky, 1979). I denne sammenheng representerer nettverket både familie og samboer. En mulig årsak til at det var krevende for disse deltakerne å ta i bruk nettverket, kan være deltakernes bosituasjon. Flere av deltakerne satt nemlig sin egen bosituasjon i sammenheng med følelsen av opplevd ensomhet, og analysen viste at deltakerne som bodde alene opplevde mer ensomhet sammenlignet med de som hadde samboer. Dette kan tyde på at deltakerne opplevde å ikke ha et nettverk som kunne gi sosial støtte som lett tilgjengelig, og at de derfor syntes det var vanskeligere å ta kontakt med andre. I tråd med Antonovskys (1979) teori om generelle motstandsressurser kan dette igjen vitne om at nære relasjoner er viktig under usikre og uforutsigbare situasjoner, som for eksempel nedstenging. Dette støttes også av Alzueta et al. (2021) som fant i sin studie at å *ikke* være i et parforhold under koronapandemien var en risikofaktor for å oppleve depressive og angstrelaterte symptomer, noe som også egen studie viste ved at personene som bodde alene opplevde mer ensomhet.

6.3 Betydningen av nære relasjoner

I løpet av det første året under pandemien anbefalte Folkehelseinstituttet (2020) å ha kun to til tre nærkontakter for personer som bodde alene. Det kan tenkes at dette var utfordrende for noen av deltakerne å få til, fordi aktivitetstilbudet alltid hadde vært tilgjengelig og derigjennom lagt til rette for sosial kontakt. Å plutselig skulle ta kontakt med andre på eget initiativ, kan ha opplevdes som mer krevende for de som bodde alene, enn for de som bodde med familie eller kjæreste under nedstengingen. En forklaring på dette kan være at for de sistnevnte var nærkontaktene allerede etablert. Likevel var det noen av deltakerne som håndterte dette ved å ta kontakt med venner og familie over telefon og internett, og på denne måten kompenserte for tapet av fysiske møter. Ser man dette i lys av Lazarus et al. (2006, s. 145) stressmestringsteori, er dette en problemfokuseret mestringsstrategi, der deltakerne bevisst fokuserte på å løse problemet og tenkte hva som måtte gjøres for å unngå å føle seg alene. Ved å aktivt oppsøke og ta kontakt med andre tok deltakerne kontroll over situasjonen og hadde en bevissthet rundt hva som måtte gjøres for å bedre sin egen helse på dette tidspunktet. Å ta kontakt med andre på denne måten og evne å nyttiggjøre seg det nettverket de hadde tilgjengelig, illustrerer en egenskap hos deltakerne som kan ses på som en generell motstandsressurs (Antonovsky, 1979; Mittelmark et al., 2017). Denne egenskapen er ifølge Antonovsky (1979, s. 100) en av de viktigste motstandsressursene, og som deltakerne beskrev som «uvurderlig» i møtet med stressituasjonen.

En annen problemfokuseret mestringsstrategi som noen av deltakerne i egen studie trakk frem var å flytte sammen med kjæresten under nedstengingen. Dette var en aktiv og bevisst handling for å mestre situasjonen, og som medførte at de gikk fra en tilværelse av å være alene til å være to. Her gjorde deltakerne en vurdering av at kjæresten var en viktig ressurs og at å flytte sammen ville bedre situasjonen, og erfaringen blant deltakerne var at å gjøre dette hadde god effekt. I lys av Lazarus og Folkmans (1984, s. 35) konsept om sekundær vurdering, kan denne handlingen forklares med at deltakerne så det som en mulig «buffer» mot ensomhet å flytte sammen med kjæresten, og på den måten få mer tid sammen med sin nærmeste. En sekundær vurdering går ut på å identifisere hvilke ressurser som er tilgjengelige og om disse ressursene vil bidra til at den enkelte mestrer situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984, s. 35). I tillegg kan det å flytte sammen indikere at de vurderte sjansen som god for at et samboerskap ville bidra til å klare å håndtere situasjonen. Den sekundære vurderingen deltakerne gjorde blir støttet i en rapport utgitt av Folkehelseinstituttet der Nes et al. (2020) viste at å være en

del av en husholdning bestående av flere enn ett medlem beskyttet mot psykiske plager. Betydningen av å være en del av en husholdning sammenfaller med en annen norsk undersøkelse som viste at å bo alene var en risikofaktor for økt opplevelse av psykiske påkjenninger og redusert livskvalitet under koronapandemien (Blix et al., 2021).

Til forskjell fra dette funnet om betydningen av samboerskap viste Ettman et al. (2020) i sin studie at samboerskap ikke var «buffer» nok mot psykiske plager under koronapandemien, og at det kun var gifte par som rapporterte et lavere nivå av psykiske plager. Dette kom også frem i egen studie ved at én deltaker som var gift og bodde sammen med sin ektefelle uttrykte å oppleve mindre grad av psykiske plager, sammenlignet med samboerne som ikke var gift. Det er verdt å bemerke at dette kun gjaldt én deltaker, men det er uansett med på å understreke betydningen av nære relasjoner under nedstengingen og tapet av aktivitetstilbudet. Funnene om betydningen av samboerskap og nære relasjoner kan tolkes i lys av Antonovskys (1979, s. 123; Lindström et al., 2015, s. 28) teori om opplevelse av sammenheng. Studiens resultater tyder på at deltakeren som var gift kan ha opplevd partneren sin som en forutsigbar og trygg ressurs, som kan ha gjort deltakeren sikrere på å håndtere situasjonen. Ut ifra teorien om OAS, påpeker Antonovsky (1979, s. 123; Lindström et al., 2015, s. 28) at den enkeltes OAS blir styrket gjennom gode og forutsigbare indre og ytre ressurser, og som et resultat av dette står man sterkere i møtet med stressituasjoner.

6.4 Gruppetilhørighet var viktig

Analysen viste at majoriteten av deltakerne deltok på treninger på grunn av det sosiale fellesskapet, og møtene med de andre deltakerne var en viktig motivasjonsfaktor for å møte opp. Ifølge Antonovskys (1996, 2005) teori om opplevelse av sammenheng kan det tyde på at dette ene sosiale møtepunktet var det som bidro til at hverdagen opplevdes begripelig, håndterbar og meningsfull for deltakerne. Funn i egen studie viste nemlig at det var savnet etter dette sosiale fellesskapet som var vanskeligst når aktivitetstilbudet stengte ned, og ikke nødvendigvis frafall av de fysiske treningene. Flere opplevde å miste det eneste sosiale møtepunktet de hadde i løpet av uken, og at dette tapet av tilhørighet gjorde hverdagen uforutsigbar og vanskelig. Dette samsvarer med funnene til Mason og Holt (2012) som viste til at opplevelsen av tilhørighet og å være del av en gruppe, var viktig for motivasjonen til å delta på gruppebasert aktivitet for personer med bakgrunn med psykiske utfordringer. Dette tyder på at gruppetilhørighet for denne gruppen er spesielt viktig og kan være med på å

forklare hvorfor noen deltakere i egen studie opplevde tapet av gruppetilhørighet og ikke å være del av noe større, som vanskelig. Flere av deltakerne hadde sitt eneste nettverk via aktivitetstilbudet, og det kan tenkes at å miste dette nettverket ble spesielt krevende og gjorde at mange opplevde seg som ensom.

Det kan også tenkes at nedstengingen førte til at muligheten til å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner ble svekket eller ble borte. Deltakerne fortalte at aktivitetstilbudet var møtepunktet som bidro til et sosialt nettverk og struktur i hverdagen, og i en salutogen tilnærming kan funnene tyde på at når Psykiatraliansen ble borte som en ytre ressurs, mistet deltakerne en viktig arena for sosialisering. Dette funnet støttes av Wilkinson et al. (2019) som i deres kvalitative studie så på hvordan personer med langtidssykdommer, som depresjon og bipolarlidelse, opprettholdt sosiale relasjoner. For denne gruppen var blant annet arbeidsplassen en viktig arena for å skape sosiale relasjoner, og når denne arenaen ble borte opplevde deltakerne det vanskelig å møte andre mennesker. Arbeidsplassen i denne studien kan sammenlignes med Psykiatraliansen, og viser betydningen av en slik møteplass for dannelsen av sosiale relasjoner.

I tillegg til at organisasjoner og intuisjoner måtte stenge tilbudene sine under pandemien, innførte myndighetene også strenge bestemmelser om redusert sosial kontakt. Eksempler på dette var krav til avstand mellom mennesker, begrensinger på besøk i egen husholdning og ikke fysisk mellommenneskelig kontakt, som for eksempel klemming. Resultatene i denne studien kan tyde på at deltakernes opplevelse av slike sosiale begrensinger var viktige faktorer til at de opplevde ensomhet og psykiske utfordringer. I følge Antonovsky (1979) kan det sosiale fellesskapet ses som en salutogen faktor som bidro til at deltakerne håndterte stress i hverdagen, og at de opplevde støtte og tilhørighet. Egne funn viste at tapet av den salutogene faktoren fysisk fellesskap, med påfølgende sosiale begrensinger, påvirket deltakernes evne til å håndtere nedstengingen. Dette støttes av Alzueta et al. (2021) og Leonhardt et al. (2022) som også fant at det å oppleve sosiale begrensninger i menneskets sosiale liv grunnet koronapandemien hadde sammenheng med økte psykiske utfordringer, fordi pandemien medførte en generell usikkerhet i hverdagen. Dette kom også frem i egen studie, og kan indikere den viktige betydningen det sosiale fellesskapet har for denne gruppen i krevende situasjoner.

6.5 Ressurser og nettverk

Analysen viste at å miste aktivitetstilbudet medførte tap av et viktig holdepunkt i hverdagen for deltakerne. De faste treningene bidro til rutiner og struktur for å opprettholde fysisk aktivitet, og rutiner rundt søvn og måltider. Når aktivitetstilbudet falt bort opplevde flere en mer uforutsigbar hverdag fylt med nedstemthet og stress, og noen falt tilbake til gamle og uønskede rutiner. Dette funnet støttes av Leonhardt et al. (2022) som i sin kvalitative studie så at personer med rus- og psykiske lidelser opplevde hjelpeløshet og angst når de mistet et møtepunkt og rutiner under den første nedstengingen. Dette kan illustrere hvilken betydning et holdepunkt i form av regelmessige og faste treninger har for personer med psykiske utfordringer som er avhengig av forutsigbarhet i hverdagen. Sellereite et al. (2019) identifiserte også regelmessighet i fysisk aktivitet som en viktig faktor for personer med psykiske utfordringer. Å delta regelmessig i fysisk aktivitet økte deltakernes mestringsfølelse, og styrket opplevelsen av tilhørighet og delaktighet (Sellereite et al., 2019). I det helsefremmende arbeidet er det derfor viktig å legge til rette for støttende omgivelser, slik at den enkelte selv kan gjøre det som gir den enkelte en god psykisk helse (McHenry & Donovan, 2013; WHO, 1986a). Gjennom å tilby aktiviteter og et møtepunkt, legger Psykiatricaliansen til rette for en arena der deltakerne kan opprettholde helsefremmende rutiner gjennom et positivt og støttende miljø.

Deltakernes opplevelse av den nye situasjonen som ustrukturert og skremmende kan ses i sammenheng med Antonovskys (1996; 2005, s. 44) begreper begripelighet og håndterbarhet. Ifølge teorien vil en person med lav grad av begripelighet oppleve en situasjon som ufornuftig og tilfeldig, som er med på å svekke den enkeltes evne til problemløsning og evnen til å håndtere situasjonen (Antonovsky, 2005, s. 44). Ved at flere av deltakerne uttrykte den nye situasjonen som ustrukturert og skremmende, kan det tenkes at de opplevde å ikke håndtere situasjonen. Noen ga i tillegg uttrykk for at de opplevde å miste kontrollen under nedstengingen og at dette gjorde hverdagen enda mer utfordrende. Samlet sett kan dette ses på som lav grad av begripelighet hos deltakerne. Som omtalt i 2.2.1 dreier håndterbarhet seg om evnen til å ta i bruk tilgjengelige ressurser for å løse en utfordring (Antonovsky, 1996). Funnene om de negative erfaringene av å miste aktivitetstilbudet kan tolkes som at den vanskelige situasjonen overskygget evnen til å se ressurser som egentlig var tilgjengelige. Deltakernes opplevelse av uforutsigbarhet illustrerer i denne sammenheng lav grad av håndterbarhet. Deltakernes opplevelse av den ustrukturente situasjonen og tapet av kontroll

viser at de ble utsatt for flere stressorer. Mittelmark et al. (2017) understreket at en svekket OAS hos enkelte personer kan oppstå dersom summen av stressorer er for stor over tid. Med bakgrunn i at deltakerne samlet sett opplevde flere stressorer kan det tyde på at de opplevde nedstengingen av aktivitetstilbudet som en så stor påkjenning, at også opplevelsen av sammenheng ble svekket.

Det var like fullt et tydelig skille mellom hvem som greide å tenke problemløsning raskt, og de som ikke greide det. Omtrent halvparten av deltakerne greide å mobilisere og bruke ressursene sine til å håndtere situasjonen, til tross for å ha mistet holdepunktet hos Psykiatraliansen. Det var for det meste personer med større nettverk bestående av flere trygge og nære relasjoner, som klarte å se muligheter i den nye situasjonen og tok i bruk fysisk aktivitet som en aktiv mestringsstrategi, i tillegg til å opprettholde den sosiale kontakten med andre. Det kan argumenteres for at disse personene hadde en sterkere OAS da det ser ut til at de opplevde høyere grad av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2005). Resultatene i egen studie sammenfaller også med Ettman et al. (2020) som i sin studie viste til hvilken betydning deltakernes ressurser hadde for helsen under pandemien og at personer med flere ressurser hadde lavere forekomst av depressive symptomer både før og under koronapandemien. I denne studien ble det sett på ressurser som partnerstatus, inntekt, oppsparte midler og å bli eksponert for flere stressorer (Ettman et al., 2020). Å ta i bruk fysisk aktivitet som en mestringsstrategi kan spesielt ses i sammenheng med begrepet meningsfullhet i form av at deltakerne aktivt gikk inn for å håndtere situasjonen, og derigjennom opplevde den fysiske aktiviteten som meningsfull og givende. Dette funnet støttes av Dregan og Gulliford (2013) som i sin studie viste at evnen til problemløsning ble bedre ved fysisk aktivitet, og dette forsterker egne funn om at egen initiert fysisk aktivitet kan være en problemfokuset mestringsstrategi i håndteringen av nedstengningen av aktivitetstilbudet.

Derimot opplevde den andre halvparten av deltakerne det som mer krevende å håndtere et stengt aktivitetstilbud. Felles for disse var et mindre nettverk og de var i mindre fysisk aktivitet under nedstengingen når de ikke kunne møte til organiserte treninger. I tillegg ga de i større grad uttrykk for at situasjonen opplevdes overveldende og ensom. Dette funnet kan tyde på at de opplevde situasjonen som vanskelig å håndtere og at det var krevende å se muligheter og mobilisere ressursene sine. Opplevelsen av å ikke evne å mobilisere ressursene viser at forutsetningene for håndterbarhet i Antonovskys (1996) teori om OAS, ikke var til stede i

tilstrekkelig grad. Det kan også tenkes at å ikke oppleve situasjonen som håndterbar i seg selv, kan føre til at opplevelsen av stress ble ytterligere forsterket. Ut ifra dette kan det tyde på at deltakerne mistet motivasjon og håp om bedring, og at opplevelsen av en form for resignasjon kan ha gått ut over evnen til å bli bevisst over tilgjengelige ressurser. Intervjuene i egen studie har imidlertid ikke gått dypt inn på hva som har påvirket evnen til bruk av egne ressurser for å motstå den vanskelige situasjonen og det kan være flere faktorer som kan ha virket inn.

6.6 Stressituasjon som en trussel og utfordring

Analysen viste at flere opplevde at nedstengingen av aktivitetstilbudet kom brått og at følgene opplevdes som uventet. Å miste holdepunktet hos Psykiatrialliansen var ufrivillig og ingen av deltakerne var forberedt på dette. Dermed ble deltakerne satt i en posisjon der de raskt ble nødt til å finne ut hvordan bortfall av aktivitetstilbudet ville påvirke dem videre. I tråd med Lazarus og Folkmans (1984, s. 32-33) stressmestringsteori kan det argumenteres for at deltakerne gjennomgikk en primær vurdering av stressituasjonen. Utfallet i en slik vurdering vil ifølge teorien være enten skade, trussel eller utfordring. Av egne funn kom det frem at de fleste vurderte den nye og usikre situasjonen som enten en trussel eller utfordring. Trussel betyr ifølge Lazarus og Folkman (1984; Lazarus, 1993) at deltakerne vurderte at risikoen for at situasjonen ville føre til skade, var til stede. Dette gjaldt spesielt for deltaker tre, som fortalte at å miste holdepunktet var forferdelig og kom til å bli krevende for den psykiske helsen. På den andre siden vurderte to deltakere situasjonen som en utfordring som var mulig å løse. Med bakgrunn i stressmestringsteorien handler utfordring om å føle seg trygg på å kunne håndtere en stressende situasjon gjennom å bruke mestringsressursene sine (Lazarus, 1993). De av deltakerne som vurderte situasjonen som en utfordring, kan ha sett en mulighet til å være i enda mer fysisk aktivitet, tenke kreativt, og utforske nye uteområder og treningsformer for å takle nedstengingen. Dette sammenfaller med Leonhardt et al. (2022) som også viste at å bruke mestringsressursene sine i form av å utføre meningsfulle aktiviteter var betydningsfullt for personer med rus- og psykiske lidelser under nedstengingen.

Det kan tyde på at gjennom deltakelse i Psykiatrialliansen hadde noen av deltakerne erfart og fått kunnskap om hvilke effekter fysisk aktivitet har på den psykiske helsen. Ut fra dette kan det tenkes at de klarte å ta i bruk egne erfaringer og ressurser, og brukte disse til å håndtere nedstengingen av aktivitetstilbudet. Ifølge stressmestringsteorien vil en slik bruk av egne ressurser falle inn under en problemfokuset strategi (Lazarus et al., 2006, s. 145). Dette kom

også delvis frem i studien til Mason og Holt (2012), hvor funnene viste at å delta i gruppeorganisert aktivitet førte til mestring og selvsikkerhet i møtet med fremtidige hendelser eller aktiviteter. Det kan tenkes at deltakerne i egen studie kan ha klart å opparbeide seg en selvsikkerhet og kunnskap om hvordan fysisk aktivitet påvirker den psykiske helsen, og klarte å bruke denne kunnskapen under nedstengingen.

Dersom funnene som viste at enkelte deltakere møtte situasjonen som en utfordring ses i sammenheng med Antonovskys (2005, s. 46) begrep om meningsfullhet, kan det tyde på at deltakerne som benyttet fysisk aktivitet som en mestringsstrategi hadde en optimistisk tilnærming til stressituasjonen. Det kan videre tenkes at å engasjere seg i å håndtere den «håpløse» situasjonen ved hjelp av fysisk aktivitet opplevdes som meningsfylt og lærerikt.

6.7 Motivasjon for fysisk aktivitet

Forskning har vist at fast struktur og kontakt med andre mennesker er viktig for å kunne opprettholde regelmessig aktivitet (Sellereite et al., 2019). Forutsetningene for å opprettholde det fysiske aktivitetsnivået ble dermed rammet gjennom nedstengingen av tilbudet, og deltakernes fysiske helse kan ha blitt direkte berørt.

Da aktivitetstilbudet forsvant og den «uforpliktende avtalen» ble borte, var det flere deltakere som opplevde å miste motivasjonen for å være i fysisk aktivitet. Det faste holdepunktet i uken var det som ga de motivasjon for å komme seg opp og ut, og for noen førte mangelen på fast oppmøtested til mindre fysisk aktivitet i hverdagen. Dette funnet er et godt eksempel på at Psykiatriliansens funksjon som en støttende møteplass, som legger til rette for helsefremmende aktivitet, fungerte godt når det var åpent og tilgjengelig. Både Ottawa Charteret og Perth Charteret viser til at slike helsefremmende virksomheter er betydningsfulle i arbeidet med å forebygge uhelse (McHenry & Donovan, 2013; WHO, 1986a). Ifølge Mason og Holt (2012) var et slikt aktivitetstilbud som legger til rette for deltakelse sammen med andre, viktig for motivasjon til å utøve fysisk aktivitet. Dette underbygger egne funn om at deltakelse sammen med andre skapte motivasjon og at dette for de fleste kan ses på som en forutsetning for å utøve fysisk aktivitet, fordi mange fant det krevende å gjennomføre fysisk trening alene. Når funnene viste at det fysiske aktivitetsnivået falt, kan det tenkes at det samtidig oppsto en økt risiko for at helsegevinstene som følge av fysisk aktivitet også ble påvirket (Bertheussen et al., 2011; Holstila et al., 2017; Sanchez-Villegas et al., 2012).

For noen av deltakerne ble en konsekvens av mangel på motivasjon til å drive med fysisk aktivitet at de opplevde å få dårligere fysisk helse, blant annet i form av vektøkning. Dette funnet støttes av Hostilas et al. (2017) som i sin studie så på hvorvidt endring i fysisk aktivitet hadde sammenheng med fysisk og psykisk helse, og funnene viste at å redusere aktivitetsnivået hadde sammenheng med både dårligere fysisk og psykisk helse. Også langtidseffekter av dette kan påvises (Sanchez-Villegas et al., 2012). Det kan diskuteres hva som er hovedårsaken til at noen av deltakerne opplevde vektøkning og om vektøkning hadde sammenheng med flere faktorer enn redusert fysisk aktivitet. På den ene siden kan det være slik at redusert aktivitet som sådan gir vektøkning gjennom mer stillesitting og lavere kaloriforbruk. I tillegg kan også vektøkningen ha hatt sammenheng med dårligere kosthold og økt inntak av sukkerholdig og fet mat (Abel & Totland, 2021; Espnes & Smedslund, 2018, s. 194), noe som også kom frem i egne funn. Det kan derfor tenkes at når motivasjon for fysisk aktivitet ikke lenger var til stede kan dette ha hatt effekt på flere forhold innenfor fysisk helse. Sett i lys av koronapandemien, kan det derfor tyde på at en stressituasjon som pandemien kan være en faktor som økte risikoen for vektøkning blant deltakerne (Abel & Totland, 2021). Dette støttes også av Cuevas et al. (2019) som i sin studie viste at flere ulike stressorer hadde sammenheng med overvekt. Som vist i 5.1.4 opplevde deltakerne stress i form av mer uro og bekymring på grunn av pandemien og alle smitteverntiltakene, og dette kan indikere at økt stressnivå blant deltakerne kan ha hatt innvirkning på vektøkning.

Egne funn om opplevelsen av vektøkning kan videre ses i lys av Lazarus og Folkmans (1984) teori om sekundær vurdering. Ut ifra en slik vurdering kan det tyde på at deltakerne som opplevde dette gjorde en sekundær vurdering for å vurdere hva som måtte gjøres for å endre situasjonen. Flere så på egentrening som en løsning. Gjennom egentreningen tok deltakerne et aktivt valg om å endre den negative utviklingen, med et fokus på å løse problemet og derigjennom få bedre kontroll over sin egen situasjon (Lazarus et al., 2006). I et salutogent perspektiv illustrerer vektøkning og redusert aktivitet under nedstengingen at noen var på vei i retning uhelse på Antonovskys kontinuum mellom helse og uhelse (se Figur 2) (Lindström et al., 2015, s. 19). Egentreningen kan derfor ses på som en aktiv handling som førte til at den negative utviklingen på kontinuumet ble bremsset. Deltakerne ga uttrykk for at de hadde fått mer kunnskap om gjennomføring og effektene av fysisk aktivitet gjennom deltakelse i aktivitetstilbudet. Denne type kunnskap kan ses på som en motstandsressurs (Lindström et al., 2015, s. 30), og kan forklare hvorfor noen evnet å ta i bruk egentrening når nedstengingen

inntraff. Dette sammenfaller med Sellereite et al. (2019) som i sin undersøkelse fant at å delta på aktivitetstilbud la et grunnlag for kompetanse som kunne brukes i andre sammenhenger.

Det kan diskuteres om evnen til å ta i bruk egentrening krever kompetanse hos den enkelte om hvorfor og hvordan fysisk aktivitet bør gjennomføres. I denne sammenhengen vil Psykiatriliansen ha en viktig rolle i å bygge opp kunnskap hos deltakerne til å drive med fysisk aktivitet på selvstendig basis. Ut ifra egne funn om den viktige betydningen egentreningen hadde for at noen av deltakerne håndterte nedstengingen bedre, bør det vurderes om kunnskapsoppbygging rundt egentrening bør vektlegges sterkere i lavterskeltilbud, som for eksempel Psykiatriliansen. Til tross for at utvalget i studien var begrenset, viste funnene at ikke alle opplevde å ha kunnskap om egentrening og det synes viktig å legge til rette for at kompetansetiltak når ut til flest mulig.

Å legge til rette for kunnskapsoppbygging er en sentral del i det helsefremmende arbeidet. I Ottawa Charteret står det at å legge til rette for støttende miljø og å øke personers kunnskap om hva som bidrar til god helse, vil kunne føre til at mennesker kan ta helsefremmende valg (WHO, 1986a). Psykiatriliansen er allerede en organisasjon som legger til rette for et miljø som bidrar til å bedre helsen til deltakerne, og fokuset på kunnskapsoppbygging bør vektlegges.

6.8 Den psykiske helsen ble forverret

Koronapandemien førte til en ny hverdag for hele befolkningen og det vil ta tid før vi ser hvordan den psykiske helsen har blitt påvirket av utfordringene som fulgte etter 12. mars 2020 (Tvedten et al., 2021). Det er likevel grunn til å anta at personer med psykiske utfordringer før pandemien, kan ha blitt spesielt påvirket av pandemien i seg selv og alle smitteverntiltakene (Leonhardt et al., 2022; Vedaa et al., 2021). Dette ses i egne funn hvor deltakerne beskrev en opplevelse av forsterkede psykiske utfordringer under nedstengingen av aktivitetstilbudet, i form av nedsatt humør, økt indre uro og bekymringer. Dette støttes av både Ettman et al. (2020) og Alzueta et al. (2021) som i sine studier fant at koronapandemien har hatt en betydelig effekt på menneskers psykiske helse. Det er verdt å bemerke at disse studiene så på den generelle befolkningens helse, og ikke spesifikt på personer med psykiske utfordringer, som egen studie omhandler.

I egen studie var det tydelig at pandemien og stengt aktivitetstilbud kan ha hatt stor betydning for den psykiske helsen til deltakerne. Flere vektla at de ble mer nedstemt, at de sov dårligere og en deltaker fortalte også om flere innleggelses på psykiatrisk avdeling under pandemien. Om dette var forårsaket av kun tapet av aktivitetstilbudet og fysisk aktivitet er vanskelig å si, fordi det kan tenkes at det var flere faktorer som spilte inn. Suetani et al. (2019) viste for eksempel i sin studie til at det ikke alltid er en entydig og tydelig sammenheng mellom fysisk aktivitet og bedre psykisk helse hos personer med psykiske lidelser.

I lys av koronapandemien viste Leonhardt et al. (2022) i sin kvalitative studie til faktorer som kan ha negativ innvirkning på den psykiske helsen for personer med rus- og psykiske lidelser. Dette var eksempelvis bekymring for å smitte andre med viruset, å bli en byrde for samfunnet hvis de ble smittet selv og frykt for å miste nettverket de hadde brukt lang tid på å bygge opp. Derimot viste Knudsen et al. (2021) i sin studie at utbredelsen av psykiske lidelser gikk *ned* før og under pandemien i den norske befolkningen, og at dette holdt seg stabilt i de første seks månedene av pandemien. Funnene i Knudsen et al. (2021) sammenfaller ikke med egen studie, og det kan tenkes at omveltningen på grunn av virkningene av pandemien følte større for deltakerne i egen studie enn for den generelle befolkningen. Egne funn understøttes imidlertid av den norske undersøkelsen av Blix et al. (2021) som viste til at personer som opplevde å ha psykiske plager allerede før pandemien, hadde økt risiko for forverrede psykiske plager under pandemien. Det kan derfor virke som at denne gruppen har reagert kraftigere på pandemiens nedstenging enn for den øvrige delen av befolkningen, noe som også ble påpekt av Leonhardt et al. (2022). Personer med psykiske utfordringer er uansett ofte underrepresentert i store helsestudier (Knudsen et al., 2021), og jeg har per i dag ikke funnet forskning på hvordan bortfall av et aktivitetstilbud oppleves for personer med psykiske utfordringer under pandemien.

Med et helsefremmende perspektiv viser forverringen av den psykiske helsen at det bør legges et større fokus på forebyggende psykisk helsearbeid for å være best mulig rustet i utfordrende situasjoner. Alternativt kan det tyde på at å holde aktivitetstilbud som Psykiatrilianansen åpne under en pandemi eller vanskelige samfunnssituasjoner bør vektlegges. Perth Charter viser til at psykisk helse i større grad bør inkluderes i det etablerte folkehelsearbeidet, og at det vil kreve mer forskning og kunnskap om psykisk helse (McHenry & Donovan, 2013). Dette understøttes av Knudsen (2021), som også påpekte at kunnskapsoppbygging om konsekvensene av pandemien på psykisk helse er nødvendig.

6.9 Opparbeidet kunnskap gjennom deltakelse

Analysen viste at de fleste deltakerne hadde slitt mye med egen psykisk helse tidligere, og at de opplevde en bedring etter å ha startet å trene med Psykiatrialliansen. Som en følge av dette ble det tydelig at flere var redde for å falle tilbake til gamle og destruktive rutiner når aktiviteten stengte ned. Dette funnet kan også ses i Leonhardt et al. (2022) sin studie hvor deltakerne uttrykte redsel og bekymring for å falle tilbake til en negativ mental helsetilstand på grunn av tap av arbeid som en meningsfull aktivitet. Imidlertid kom det frem i egen studie at for noen ble ikke tilbakefallet så kraftig som ventet. Det er usikkert hva som er årsaken til dette funnet, men med en salutogen tilnærming kan en mulig forklaring være at den personlige kunnskaps- og erfaringsoppbyggingen gjennom deltakelse i Psykiatrialliansen over tid har fungert som en generell motstandsressurs og medvirket til at de klarte å opprettholde trygghet og forutsigbarhet i hverdagen på egenhånd.

Ut ifra dette funnet kan det tyde på en høy grad av begripelighet når aktivitetstilbudet var tilgjengelig. I lys av Antonovskys (2005) forklaring av begrepet begripelighet, kan det argumenteres for at deltakerne fikk en positiv innstilling til at stress og problemer i fremtiden er løsbare. Dette kan indikere at deltakelse på aktivitetstilbudet kan ha styrket den enkeltes OAS, og derigjennom evnen til å håndtere stress og motvirke et tilbakefall.

Det er vanskelig å styre ytre faktorer som forårsaker stress, men det er mulig å styre hvordan man går frem for å møte disse ytre faktorene og som igjen påvirker i hvor stor grad den ytre faktoren oppleves som stressende (Lazarus et al., 2006, s. 70). Uten et aktivitetstilbud å gå til, viste egne funn at flere deltakere i større grad ble gående hjemme uten å ha noe å ta seg til, og derigjennom bli mer eksponert for nyhetsbildet i TV og nettplattformer om pandemien. Dette opplevdes for mange som trykkende og negativt på den psykiske helsen, noe som også Riehm et al. (2020) fant i sin studie der økt eksponering for koronanyheter hadde sammenheng med økt hyppighet av psykiske plager blant den voksne befolkningen i USA. Egen analyse viste at en måte å håndtere dette på var å begrense til én nyhetssending om dagen, noe som også ble anbefalt av Riehm et al. (2020). I tillegg valgte noen av deltakerne å gå turer ute for å distansere seg fra medieoppslagene. Ifølge Lazarus et al. (2006, s. 145) kan forsøket på å unngå ubehaget av nyhetene ses på som en følelsesfokusert strategi. Ifølge teorien er skillet mellom følelses- og problemfokusert strategi tydeliggjort, men i praksis er dette skillet uklart

og langt mer nyansert. I teorien blir den følelsesfokuserte strategien sett på som en fluktstrategi, der personen bevisst unngår å oppsøke kilden til ubehaget, som i dette tilfellet var negative koronanyheter. Likevel vil personen i praksis alltid gjøre en *aktiv* handling for å unngå ubehaget, som ifølge teorien illustrerer en problemfokuseret strategi. Funnene fra egen studie om at deltakerne tok et bevisst valg i møte med nyheter under pandemien er et godt eksempel på det nyanserte grensesnittet mellom de to mestringsstrategiene.

6.10 Implikasjoner for helsefremmende arbeid

Målet med denne studien har vært å bidra med kunnskap om hvordan koronapandemiens konsekvenser i form av å miste et aktivitetstilbud har påvirket mennesker med psykiske utfordringer, og hvordan denne gruppen har mestret situasjonen. I det videre presenterer jeg mulige implikasjoner for det helsefremmende arbeidet.

6.10.1 Beredskap er viktig

Norge har ikke opplevd en lignende ekstraordinær situasjon som koronapandemien på veldig lang tid, og det har vist seg at helsetjenesten ikke har vært rustet til å håndtere konsekvensene fullt ut. Koronakommisjonen (Kvinnsland et al., 2021) har i sin første rapport konkludert med at myndighetenes krisehåndtering har vært god, men at beredskapsplanene for denne type kriser ikke var tilfredsstillende.

Som vist i denne studien har nedstengingen under koronapandemien hatt store konsekvenser for personer med psykiske utfordringer. Med de brå og raske omveltningene pandemien førte med seg, fikk mange en uforutsigbar og usikker livssituasjon. Dette sammenfaller også med annen forskning (Blix et al., 2021; Leonhardt et al., 2022; Vedaa et al., 2021). Egne funn viste at for mange var deltakelse på Psykiatriliansen en viktig faktor for at den psykiske helsen holdt seg stabil og at de klarte å håndtere hverdagen. Disse funnene understøtter myndighetenes anbefaling om at lavterskeltilbud så langt det er mulig skal holdes åpne for denne gruppen. Dette er fordi konsekvenser av et stengt lavterskeltilbud kan føre til økt press på kommunale helsetjenester og få store konsekvenser for brukerne (Helsedirektoratet, 2022b).

Likevel var et av smitteverntiltakene myndighetene satt i gang å stenge lavterskeltilbud og aktivitetstilbud, slik som Psykiatriliansen (Regjeringen, 2022). Tilbudet på

Psykiatrialliansen har hatt en viktig rolle for deltakernes psykiske helse, og derfor bør helsetjenestene vurdere om tiltak for å opprettholde lavterskeltilbud i fremtidige krevende situasjoner skal inngå i sektorens beredskapsplanlegging. Helsedirektoratet (2022a) viste også til betydningen av å holde tilbud åpne i sin veileder *Koronavirus – beslutninger og anbefalinger*. Å skåne denne gruppen mot smitteverntiltakene er utfordrende, men bør likevel prioriteres.

6.10.2 Betydningen av lavterskeltilbud

Det er vanskelig å skulle forutse når landet vil komme i en ny og krevende samfunnssituasjon, og vi kjenner heller ikke hvilke effekter koronapandemien vil ha på folks psykiske helse på lang sikt (Kvinnslund et al., 2021). Det er derfor mange usikre forhold om de totale samfunnseffektene. Myndighetene vil alltid ha et stort ansvar, men mye vil også måtte løses hos den enkelte selv. Som vist i 3.2.2 vil mange blant den voksne befolkningen i Norge oppleve psykiske utfordringer (Krokstad et al., 2021; Reneflot et al., 2018), og det er viktig at det er best mulig robusthet på enkeltindividnivå til å takle krevende utfordringer i hverdagen. Det helsefremmende arbeidet bør derfor innrettes for å bygge *opp* mennesker, slik at de har verktøyene for å takle en fremtidig situasjon. En sentral aktør for å få til dette er organisasjoner som Psykiatrialliansen. Egne funn viste at deltakelse på aktivitetstilbudet har styrket deltakernes evne til å møte utfordringer, gjennom å oppleve mestring, samhold og mening, og derigjennom en opplevelse av sammenheng. Ordninger som Psykiatrialliansen synes å spille en sentral rolle i det helsefremmende arbeidet, og det vil derfor være nødvendig med et godt samarbeid mellom myndigheter og lavterskeltilbud som Psykiatrialliansen. Virkningen av aktivitetstilbudet sammenfaller også med målsettingene til WHO (1986b) om å styrke folks egne ressurser og evne til å håndtere omgivelsene for å ivareta egen helse.

Helsemyndighetenes prioritering av lavterskeltilbud er blant annet uttalt av Helsedirektoratet i 2021, der de på oppdrag fra Regjeringen har varslet en videreføring av det allerede etablerte lavterskeltilbudet RPH (Rask Psykisk Helsehjelp) (Helsedirektoratet, 2021c). Målsettingen med RPH er å sikre enkel, gratis og rask psykisk helsehjelp for personer over 16 år med lette og moderate psykiske plager (Helsedirektoratet, 2021b). RPH-ordningen er ikke direkte sammenlignbar med Psykiatrialliansen, men har likevel flere fellestrekk. Ordningene er lett tilgjengelige, det er lav terskel å ta i bruk tilbudene, de er gratis og er rettet mot samme målgrupper. En forskjell er likevel Psykiatrialliansens fokus på at *fysisk aktivitet* skal være en del av tilbudet.

Dette viser at lavterskeltilbud som Psykiatrialliansen prioriteres av myndighetene som en del av løsningen for det helhetlige helsetilbudet og for psykisk helsevern. Med bakgrunn i egne funn synes denne prioriteringen å være hensiktsmessig. Helsefremmende arbeid skal legge til rette for at det skal jobbes med helse på ulike nivåer (Green et al., 2019, s. 21), og et samarbeid mellom offentlige helsetjenester og organisasjoner som Psykiatrialliansen vil være formålstjenlig i arbeidet etter pandemien.

6.11 Styrker og begrensninger ved studien

I denne studien har jeg undersøkt det felles fenomenet å miste et aktivitetstilbud under koronapandemien, i tillegg til hvordan deltakerne av Psykiatrialliansen har opplevd og mestret dette tapet. I det videre blir styrker og svakheter rundt intervjuguide, bruk av portvokter og egen forskerrolle utdypet.

6.11.1 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utformet med fokus på å få frem deltakernes opplevelse av tapet av aktivitetstilbudet under pandemien: normalsituasjon før pandemien, periode med usikkerhet og uro, etterfulgt av periode med nedstenging av tilbudet og gjenåpning. Intervjuguiden omfattet også generelle spørsmål om deltakerne og om Psykiatrialliansen. Underveis i prosessen med datainnsamlingen erfarte jeg at enkelte av spørsmålene ga data som hadde mindre relevans for forskningsspørsmålet, og at dette kunne gå ut over tid til mer relevante spørsmål. I ettertid kan det vurderes om intervjuguiden burde vært innrettet litt strammere, og om noen av spørsmålene kunne vært fjernet. Dette kunne ha gjort at jeg som ny forsker kunne ha fokusert mer på å stille relevante oppfølgingsspørsmål. Jeg valgte imidlertid å bygge opp intervjuguiden med generelle spørsmål for å legge til rette for en «myk start» og at deltakerne skulle føle seg trygge og bekvemme i intervjusituasjonen. Det er viktig å etablere et tillitsforhold mellom deltaker og forsker (Malterud, 2017, s. 69-70), og en slik utforming av intervjuguiden kan derfor også ses på som en styrke.

6.11.2 Bruk av portvokter

Som beskrevet tidligere kan bruk av portvokter for utvelgelse av deltakere både ha positive og negative sider (se 4.3.4). Jeg opplevde noen utfordringer ved å være avhengig av en portvokter i rekrutteringsprosessen, noe som medførte at jeg kom litt senere i gang med

intervjuene enn planlagt. Noen av deltakerne ble rekruttert av Psykiatraliansen, og kontaktinformasjonen for disse ble fulgt opp av meg som forsker. Denne måten å komme i kontakt med relevante deltakere på opplevde jeg som mer tidkrevende enn nødvendig. Jeg kom i direkte kontakt med andre deltakere ved å delta på aktiviteter, og rekrutteringen skjedde allerede der. Denne måten å komme i kontakt med deltakere på opplevde jeg som mer tidseffektivt og mer rasjonell, og kunne med fordel vært fremgangsmåte for samtlige deltakere. Likevel opplevde jeg å ha en felles forståelse og god dialog med Psykiatraliansen om kriteriene for utvalg og rekruttering av deltakere. Dette sikret at samtlige deltakere tilfredsstilte utvalgskriteriene.

6.11.3 Egen forskerrolle

Som omtalt i 4.5.1 vil forskerens forforståelse påvirke analysen i noen grad. Mitt engasjement for tematikken fysisk aktivitet og psykisk helse kan bli sett på som en svakhet ved at det er jeg som forsker, som har utarbeidet intervjuguide, utført intervjuene, analyse og diskutert datamaterialet. En konsekvens av dette kan være at faren for bias har medføre at jeg ubevisst har lagt større vekt på noen deler av data mer enn annet. I tillegg kan en risiko være at oppfølgingsspørsmålene blir farget av egne holdninger. For å redusere faren for bias har jeg satt meg inn i mulige etiske dilemmaer i forskersituasjonen i kvalitativ forskning, og forsøkt å være så nøytral som mulig i datainnhenting og databehandling. I tillegg har jeg drøftet med medstudenter hvordan en bevissthet rundt mine egne holdninger kan bidra i å redusere faren for at min forutinntatthet påvirker i for stor grad. På den andre siden kan mitt engasjement for tematikken være en styrke. Det kan tenkes at min kunnskap og innsikt om fysisk aktivitet gjorde det lettere å observere elementer i intervjusituasjonen, som bidro til at jeg kunne stille mer målrettede oppfølgingsspørsmål. Det kan også tenkes at dette hjalp meg med forståelsen og tolkningen av deltakernes beskrivelser.

En styrke ved studien er god planlegging før intervjuene ble utført. Dette gikk blant annet ut på å hente opp igjen kommunikasjonskompetanse jeg har bygget opp under tidligere studieperioder. I tillegg til dette har jeg diskutert hva jeg har måttet legge til rette for og hvilke fallgruver jeg måtte unngå i en intervjusituasjon. Intervjuene ble planlagt med henblikk å skape en trygg intervjusituasjon, noe jeg opplevde å lykkes med. Jeg la vekt på å tilpasse meg best mulig til deltakernes energinivå i intervjuet, og i tillegg å planlegge den fysiske plasseringen av meg selv i rommet i forhold til deltakeren. Ved å gjøre dette opplevde jeg å at deltakerne følte seg komfortable og at jeg fikk ærlige svar og detaljerte beskrivelser. Dette er

min subjektive opplevelse, og det kan være at deltakerne hadde en annen opplevelse av situasjonen.

6.12 Forslag til videre forskning

Denne studien har søkt å øke forståelsen for hvordan personer med psykiske utfordringer har opplevd og håndtert å miste en kilde til aktivitet under koronapandemien. I skrivende stund er pandemien fortsatt pågående, og forskningen er i løpende utvikling. Som beskrevet tidligere er det fortsatt vanskelig å si hvordan konsekvensene av pandemien og smitteverntiltak vil påvirke folks psykiske helse, og spesielt for personer som allerede har psykiske utfordringer. Det vil derfor være viktig med studier med en longitudinell metode for å kartlegge utvikling i den psykiske helsen og hvordan pandemiens virkninger kommer til syne i fremtiden. Med dette kan vi få kunnskap om hvordan vi kan innrette det psykiske helsevernet og utarbeide beredskapsplaner for å begrense alvorlige effekter på den psykiske helsen ved senere kriser.

Egne funn har belyst viktigheten av både sosiale nettverk og en møteplass, og fysisk aktivitet i utfordrende situasjoner der man mister et holdepunkt. Eksisterende forskning viser imidlertid et noe sprikende bilde på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og forbedret psykisk helse. Som belyst i egne funn var det viktig for deltakerne med et aktivitetstilbud som la til rette for fysisk aktivitet sammen med andre. I tillegg viste funnene at for mange var det sosiale fellesskapet viktigere enn den fysiske aktiviteten i seg selv. Imidlertid har ikke egen studie gått nærmere inn på kombinasjonen av sosialt fellesskap og fysisk aktivitet, og om hvordan denne kombinasjonen eventuelt kan bidra til at tilbudet får enda større effekt for deltakernes psykiske helse. Det vil derfor være interessant å se nærmere på om akkurat denne kombinasjonen har en forsterket virkning på psykisk helse. Å se nærmere på virkningen av lavterskeltilbud som legger til rette for møteplass og fysisk aktivitet bør undersøkes nærmere og være gjenstand for videre forskning.

7 Avslutning

Koronapandemien har ført til stengte dører for mange lavterskeltilbud, og mange har mistet et helsetilbud. Psykiatriliansen har vært nødt til å følge alle smitteverntiltak, og mange mennesker har kjent dette på kroppen. Formålet med studien var å undersøke hvordan deltakerne opplevde å miste dette aktivitetstilbudet. Derfor ble en kvalitativ studie med intervju som metode vurdert som godt egnet for å belyse deltakernes egne opplevelser og erfaringer. I tillegg ønsket jeg å undersøke hvordan deltakerne håndterte situasjonen og hva de gjorde for å mestre utfordringene.

Deltakernes opplevelse av tilgang til Psykiatriliansen har vært viktig, og for enkelte var bruk av treningstilbudene det som skulle til for at de klarte seg bra i hverdagen. Bortfallet av tilbudet under pandemien ga relativt raske negative utslag på den psykiske helsen, og dette kan indikere at det for personer med psykiske utfordringer kan være små marginer fra en tilfredsstillende livssituasjon, til en hverdag som fortøner seg langt tyngre. For mange betydde det mye at møteplassen deres ble stengt ned, og det påfølgende tapet av tilhørighet, fysisk aktivitet og rutiner i hverdagen skapte en kaotisk hverdag med lite sammenheng. Likevel viste funnene at deltakerne tok i bruk ulike mestringsstrategier for å håndtere situasjonen. Noen deltakere evnet å nyttiggjøre seg det sosiale nettverket og de nære relasjonene som ressurser, og derigjennom opplevde de den stressende situasjonen som mer håndterbar. Flere så på opparbeidet kunnskap og erfaring om fysisk aktivitet som en mulighet til å sette i gang med egentrening, og dette var positivt for både den psykiske og fysiske helsen. Andre deltakere strevde derimot mer under nedstengningen, og den totale belastningen var overveldende og uforutsigbar.

Psykiatriliansens virksomhet er tuftet på et bredt tilbud for personer med psykiske utfordringer, men hvor fellesnevneren for tilbudene er fysisk aktivitet. I denne studien er det henvist til forskning som har vist en relativt tydelig sammenheng mellom fysisk aktivitet og forbedret psykisk helse. Det foreligger god dokumentasjon på at de aller fleste vil oppleve god effekt av fysisk aktivitet, selv om enkelte studier har vist at man skal være forsiktig med å sette et absolutt likhetstegn mellom fysisk aktivitet og bedre psykisk helse (Suetani et al., 2019; Underland et al., 2018). Virkningene på den psykiske helsen henger sammen med både økt fysisk kapasitet og opplevelsen av et sosialt felleskap. Deltakerne i studien viste til at

Psykiatraliansen har vært en viktig møteplass for å bygge nettverk og sosiale relasjoner. Det kan imidlertid tenkes at den positive opplevelsen de har hatt under bruken av aktivitetstilbudet er forsterket av at tilbudene er basert på fysisk aktivitet. Funn i egen studie bygger opp under anbefalingene om å etablere flere lavterskeltilbud for personer med psykiske utfordringer, og at dette bør etableres som en del av løsningen i det helsefremmende arbeidet for personer med milde eller moderate plager. Koronapandemien har således bidratt til å vise at lavterskeltilbud er et viktig tiltak i bidraget med å hjelpe personer med psykiske utfordringer.

Referanseliste

- Abate, K. H., Abebe, Z., Abil, O. Z., Afshin, A., Ahmed, M. B., Alahdab, F., Alam, K., Alavian, S. M., Alkerwi, A. a., Alla, F., Amoako, Y. A., Anber, N. H., Anmut, M. D., Armoon, B., Badali, H., Baune, B. T., Cercy, K. M., Chaiah, Y., Charlson, F. J., (...) & Zucker, I. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. I *Lancet* (Bd. 392, s. 1789-1858). Elsevier Ltd.
- Abel, M. H. & Totland, T. H. (2021). *Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapporing – Resultater fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/rapport-nhus-2020.pdf>
- Abrams, E. M., Akombi, B., Alam, S., Alcalde-Rabanal, J. E., Allebeck, P., Amini-Rarani, M., Atnafu, D. D., Ausloos, M., Ayanore, M. A., Azari, S., Azene, Z. N., Babae, E., Bante, A. B., Bisanzio, D., Bohluli, M., Breitborde, N. J. K., Briant, P. S., Castelpietra, G., Cunningham, M., (...) & Yip, P. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10258), 1204-1222.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Uestuen, T. B., Alhanzawi, A. O., Viana, M. C., Angermeyer, M., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hinkov, H., Hu, C. y., Karam, E. G., Kovess, V., (...) & de, G. G. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry*, 16(12), 1234-1246. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.101>; published online 12 October 2010
10.1038/mp.2010.101
- Alzueta, E., Perrin, P., Baker, F. C., Caffarra, S., Ramos-Usuga, D., Yuksel, D. & Arango-Lasprilla, J. C. (2021). How the COVID-19 pandemic has changed our lives: A study of psychological correlates across 59 countries. *J Clin Psychol*, 77(3), 556-570.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23082>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2. utg. utg.). Natur och Kultur.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research : QR*, 1(3), 385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Bahr, R. (2015). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (IS-1592). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf
- Bertheussen, G. F., Romundstad, P. R., Landmark, T., Kaasa, S., Dale, O. & Helbostad, J. L. (2011). Associations between Physical Activity and Physical and Mental Health-A HUNT 3 Study. *Med Sci Sports Exerc*, 43(7), 1220-1228. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318206c66e>
- Blix, I., Birkeland, M. S. & Thoresen, S. (2021). Worry and mental health in the Covid-19 pandemic: vulnerability factors in the general Norwegian population. *BMC Public Health*, 21(1), 928-928. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10927-1>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed. utg.). Sage.
- Bruun, T., Denison, E. M.-L., Gjersing, L., Husøy, T., Knudsen, A. K. S. & Strand, B. H. (2018). *Folkehelse rapporten - kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018*. Folkehelseinstituttet, Område for psykisk og fysisk helse.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5th ed. utg.). Oxford University Press.
- Bryman, A., Becker, S. & Sempik, J. (2008). Quality Criteria for Quantitative, Qualitative and Mixed Methods Research: A View from Social Policy. *International journal of social research methodology*, 11(4), 261-276. <https://doi.org/10.1080/13645570701401644>

- Camacho, T. C., Roberts, R. E., Lazarus, N. B., Kaplan, G. A. & Cohen, R. D. (1991). Physical Activity and Depression: Evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol*, 134(2), 220-231. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116074>
- Carlsson, C., Dencker, S. J., Grimby, G. & Häggendal, J. (1968). CIRCULATORY STUDIES DURING PHYSICAL EXERCISE IN MENTALLY DISORDERED PATIENTS. II. *Acta Medica Scandinavica*, 184(1-6), 511-516. <https://doi.org/10.1111/j.0954-6820.1968.tb02492.x>
- Clarke, V. & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The journal of positive psychology*, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design : qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5th edition. utg.). Sage.
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (4th ed., international student ed. utg.). Sage.
- Cuevas, A. G., Chen, R., Thurber, K. A., Slopen, N. & Williams, D. R. (2019). Psychosocial Stress and Overweight and Obesity: Findings From the Chicago Community Adult Health Study. *Ann Behav Med*, 53(11), NP-NP. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz008>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Universitetsforl.
- Dregan, A. & Gulliford, M. C. (2013). Leisure-time physical activity over the life course and cognitive functioning in late mid-adult years: a cohort-based investigation. *Psychol. Med*, 43(11), 2447-2458. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000305>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int*, 23(2), 190-199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2018). *Helsepsykologi* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M. & Galea, S. (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*, 3(9), e2019686-e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
- Farmer, M. E., Locke, B. Z., Mościcki, E. K., Dannenberg, A. L., Larson, D. B. & Radloff, L. S. (1988). PHYSICAL ACTIVITY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS: THE NHANES I EPIDEMIOLOGIC FOLLOW-UP STUDY. *Am J Epidemiol*, 128(6), 1340-1351. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115087>
- FHI. (2020, 04.11). *Covid-19: Innstramming i råd om avstand og testing*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/covid-19/nyheter-2020/nov2/covid-19-innstramming-i-rad-om-avstand-og-testing/>

- FHI. (2021a). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/>
- FHI. (2021b). *Pandemien har hatt størst utslag på fysisk aktivitet og kosthold hos yngre voksne*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2021/pandemien-har-hatt-storst-utslag-pa-fysisk-aktivitet-og-kosthold-hos-yngre-/>
- FN. (2020). *Hva vil det si at WHO kaller koronaviruset en pandemi?* FN-sambandet. <https://www.fn.no/nyheter/Hva-vil-det-si-at-WHO-kaller-koronaviruset-en-pandemi>
- Fowler, F. J. (2009). *Survey research methods* (4th ed. utg., Bd. 1). Sage.
- Georgian, B. & Lorand, B. (2016). The influence of leisure sports activities on social health in adults. *Springerplus*, 5(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3296-9>
- Gjærum, B. (1998). Mestring av omfattende problemer hos barn og foreldre - har vi empirisk kunnskap å bygge på? I *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre* (s. 64-94). Tano Aschehoug.
- Green, J. & Thorogood, N. (2009). *Qualitative methods for health research* (2nd ed. utg.). Sage.
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4th edition. utg.). SAGE.
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2019). *Health promotion : planning and strategies* (4th edition Jackie Green, Ruth Cross, James Woodall, Keith Tones. utg.). Sage.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational communication and technology*, 29(2). <https://doi.org/10.1007/BF02766777>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Verdens helseorganisasjon* Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015* (IS-2839). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker-2015>

[ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/_attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/_attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf)

Helsedirektoratet. (2021a, 23. feb). 4. *Idrett, kultur og frivillighet*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/idrett-kultur-og-frivillighet#treninger-og-annen-organisert-idrettsaktivitet-kan-gjennomfores>

Helsedirektoratet. (2021b). Mål for ordningen. I *Rask psykisk helsehjelp*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-rask-psykisk-helsehjelp#regelverk-mal-for-ordningen>

Helsedirektoratet. (2021c). *Rask psykisk helsehjelp*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/rask-psykisk-helsehjelp>

Helsedirektoratet. (2022a). 14.4. Generelle råd for helsetjenesten. I *Koronavirus – beslutninger og anbefalinger*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/prioritering-i-helsetjenesten/generelle-rad>

Helsedirektoratet. (2022b). *Lavterskeltilbud i kommunene for brukere med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer bør opprettholdes*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/psykiske-lidelser-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/opprettholdelse-av-hjemmetjenester-og-lavterskeltilbud#null-begrunnelse>

Holstila, A., Mänty, M., Rahkonen, O., Lahelma, E. & Lahti, J. (2017). Changes in leisure-time physical activity and physical and mental health functioning: a follow-up study. *Scand J Med Sci Sports*, 27(12), 1785-1792. <https://doi.org/10.1111/sms.12758>

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave. utg.). Abstrakt forlag.

Kaya, Y. (2013). Comparison of Quantitative and Qualitative Research Traditions: epistemological, theoretical, and methodological differences. *European journal of education*, 48(2), 311-325. <https://doi.org/10.1111/ejed.12014>

Kjøs, P., Klippen, I., Hovgaard, H., Krokstad, S., Sletten, M. A., Lekang, B., Konar, M., Møgster, R.-L., Antonsen, M., Modalen, M., Stamsø-Ellingsen, H. & Bakkeng, C. L. (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien*. Regjeringen.

- Knudsen, A. K., Hotopf, M., Skogen, J. C., Overland, S. & Mykletun, A. (2010). The Health Status of Nonparticipants in a Population-based Health Study The Hordaland Health Study. *Am J Epidemiol*, 172(11), 1306-1314. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq257>
- Knudsen, A. K. S., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., Skogen, J. C., Øverland, S. & Reneflot, A. (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health - Europe*, 4, 100071. <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2021.100071>
- Krokstad, S., Heimburg, D. v., Rangul, V., Gravaas, B. C., Eiksund, S., Sliper, J. O., Opdahl, S., Kvistad, K., Moa, P. F. & Sund, E. R. (2021). Psykisk helse i Trøndelag 2019. Helsestatistikk-rapport nummer 6 fra HUNT4. *HUNT forskningscenter*, . https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Psykisk+helse_nettersjon.pdf/07e662d7-1c63-ebb7-8e4e-13991acda7a3?t=1616678112967
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvinnslund, S., Aas-Hansen, A., Braut, G. S., Dybdal, K. E., Fløtten, T., Jakobsen, R., Johansson, T., Korme, C., Langeland, N., Matsen, E., Olsen, P. A., Rørby, P. T., Halvorsen, S., Sekretariatsleder, Torgersen, T., Haug, A. K., Eriksson, H., Øren, J. S. T., Heggebø, K., Kaastad, S. S., Lurås, H. & Askim, J. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien : rapport fra Koronakommisjonen : oppnevnt ved kongelig resolusjon 24. april 2020* (Bd. 2021:6). Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon.
- Langeland, E. (2006). Mestring av psykiske helseproblemer : salutogenese i teori og praksis. I (s. 87-103). Fagbokforl.
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper : en arena for økt mestring og velvære. I *Læring og mestring. Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-235). Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). FROM PSYCHOLOGICAL STRESS TO THE EMOTIONS - A HISTORY OF CHANGING OUTLOOKS. *Annu Rev Psychol*, 44(1), 1-21. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

- Lazarus, R. S., Folkman, S. & Visby, M. (2006). *Stress og følelser : en ny syntese*. Akademisk Forlag.
- Leonhardt, M., Brodahl, M., Cogan, N. & Lien, L. (2022). How did the first COVID-19 lockdown affect persons with concurrent mental health and substance use disorders in Norway? A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 179-179.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03812-7>
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 145-153.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Lindström, B., Eriksson, M. & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- Mackenzie, C., McDowell, C. & Pittaway, E. (2007). Beyond 'Do No Harm': The Challenge of Constructing Ethical Relationships in Refugee Research. *Journal of refugee studies*, 20(2), 299-319. <https://doi.org/10.1093/jrs/fem008>
- Majcherek, D., Nalecz, H., Biernat, E., Skrok, Ł., Nałęcz, H., Biernat, E. & Böckerman, P. (2019). *Impact of sports activity on Polish adults: Self-reported health, social capital & attitudes* [e0226812]. San Francisco, CA :. https://storage.googleapis.com/plos-corpus-prod/10.1371/journal.pone.0226812/1/pone.0226812.pdf?X-Goog-Algorithm=GOOG4-RSA-SHA256&X-Goog-Credential=wombat-sa%40plos-prod.iam.gserviceaccount.com%2F20210324%2Fauto%2Fstorage%2Fgoog4_request&X-Goog-Date=20210324T120321Z&X-Goog-Expires=3600&X-Goog-SignedHeaders=host&X-Goog-Signature=2fa1cbcd7a1cd3f54bf1aeedd216a903474730ed49bbe5c71c9657eae777a11f5965f01072314eaac8326bab2b4a194b2e834b5180c9a32af4dfd3677fa61da32ea3ee3f07a7470b70e26347c933b9360d546c1f204d598f8f2576b68c1c29c8176865aaf6e09cc20ca2fa8cc84b8443866c72a2fb54a0fdd17d72331fc118abd7773de2bba0d1066aad29e88aec9e22da38a520417dbf2153c06b26d32154c9fbf6a8527c912b9a7311f1bd4adaa6a1953f7d6e8e6e70daba7b8ef6181f06e6e8a7f6757b4869c560b179c75ddba51cebc9ec8279ced039bc92ca27918f0ca6f2bf62e66c78c033acc50510c5543dcae7c50750dbf6fc24ea1678541150b84
- Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scand J Public Health*, 44(2), 120-129.
<https://doi.org/10.1177/1403494815621181>

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn : fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg.). Fagbokforl.
- Mason, O. J. & Holt, R. (2012). Mental health and physical activity interventions: A review of the qualitative literature. *J Ment Health*, 21(3), 274-284.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2011.648344>
- McHenry, J. A. & Donovan, R. J. (2013). Developing the Perth Charter for the promotion of mental health and wellbeing. *Advances in mental health*, 12(1), 8-10.
<https://doi.org/10.5172/jamh.2013.12.1.8>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espnes, G. A. (2017). *The Handbook of Salutogenesis* (1st ed. 2017. utg.). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for health promotion* (4th ed. utg.). Elsevier.
- Nes, R. B., Aarø, L. E., Vedaa, Ø. & Nilsen, T. S. (2020, 17.12). *Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>
- Neuman, W. L. (2014). *Social research methods : qualitative and quantitative approaches* (7th ed.; Pearson new international edition. utg.). Pearson.
- NSD. (u.å.). *Sårbare grupper*. Norsk Senter for Forskningsdata.
<https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/sarbare-grupper/>
- Potvin, L. & Jones, C. M. (2011). Twenty-five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health. *Can J Public Health*, 102(4), 244-248.
<https://doi.org/10.1007/BF03404041>
- Psykiatraliansen. (2021). *Om Psykiatraliansen*. <https://www.psykiatraliansen.no/om-psykiatraliansen>
- Punch, K. F. (2014). *Introduction to social research : quantitative & qualitative approaches* (3rd ed. utg.). Sage.
- Regjeringen. (2022). Organiserte fritidsaktiviteter. I *Begrunnelse for endringer fra 1. februar 2022 kl. 23:00 med lettelser i nasjonale regler i covid-19-forskriften*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/begrunnelser-for-endringer-i->

[covid-19-forskriften/begrunnelse-for-endringer-fra-1.-februar-2022-kl.-2300-med-
lettelser-i-nasjonale-regler-i-covid-19-forskriften/id2900006/#tocNode_15](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge_e2018.pdf)

- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge_e2018.pdf
- Riehm, K. E., Holiugue, C., Kalb, L. G., Bennett, D., Kapteyn, A., Jiang, Q., Veldhuis, C. B., Johnson, R. M., Fallin, M. D., Kreuter, F., Stuart, E. A. & Thrul, J. (2020). Associations Between Media Exposure and Mental Distress Among U.S. Adults at the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *Am J Prev Med*, 59(5), 630-638.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.06.008>
- Sanchez-Villegas, A., Ara, I., Dierssen, T., de la Fuente, C., Ruano, C. & Martínez-González, M. A. (2012). Physical activity during leisure time and quality of life in a Spanish cohort: SUN (Seguimiento Universidad de Navarra) Project. *Br J Sports Med*, 46(6), 443-448. <https://doi.org/10.1136/bjism.2010.081836>
- Sellereite, I., Haga, M. & Lorås, H. (2019). Fysisk aktivitet som verktøy i det helsefremmende arbeidet opp mot rus og psykisk helse: en brukerundersøkelse i FIRE - Stiftelsen Ett skritt videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(1), 39-51.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-05>
- Shenton, A. (2004). Strategies for Ensuring Trustworthiness in Qualitative Research Projects. *Education for Information*, 22, 63-75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Silverman, D. (2017). *Doing qualitative research* (Fifth edition. utg.). SAGE.
- Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder : planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Solbakk, J. H. (2014). *Sårbare grupper*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/sarbare-grupper/>
- SSB. (2020a). 04432: Symptomer på helseproblemer og medisinbruk (prosent), etter symptom, kjønn, alder, statistikkvariabel og år [Datasett].
<https://www.ssb.no/statbank/table/04432/tableViewLayout1/>
- SSB. (2020b). 10814: Helseutgifter (mill. kr), etter statistikkvariabel, type tjeneste og år [Datasett]. <https://www.ssb.no/statbank/table/10814/tableViewLayout1/>
- SSB. (2020c). 11190: Sykelighet. Sykdom, skade eller funksjonshemming (prosent), etter type sykelighet, kjønn, alder, statistikkvariabel og år [Datasett].
<https://www.ssb.no/statbank/table/11190/tableViewLayout1/>

- SSB. (2020d). Levekårsundersøkelsen om helse 2019. *Statistisk sentralbyrå*, .
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/434918?ts=1754fa05508>
- SSB. (2021). *Helseregnskap*. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys. *Prev Med*, 17(1), 35-47.
[https://doi.org/10.1016/0091-7435\(88\)90070-9](https://doi.org/10.1016/0091-7435(88)90070-9)
- Suetani, S., Stubbs, B., McGrath, J. J. & Scott, J. G. (2019). Physical activity of people with mental disorders compared to the general population: a systematic review of longitudinal cohort studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 54(12), 1443-1457.
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01760-4>
- Tellnes, G. (2007). Salutogenese - hva er det? *Michael. Det norske medisinske Selskab*, 2, 144-149. <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/2007/2-144-9.pdf>
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. utg.). Fagbokforl.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative inquiry*, 16(10), 837-851.
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tvedten, H. M., Vikum, E. F., Holtermann, M. K. & Larsen, V. B. (2021). 1. Pandemiens viktigste helsekonsekvenser. I *Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen* (s. 5-14). Folkehelseinstituttet.
- UiB. *RETTE*. uib.no. <https://rette.app.uib.no/>
- Underland, V., Holte, H. H. & Vist, G. E. (2018). Effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter. I. Folkehelseinstituttet.
- Vedaa, Ø., Skogen, J. C., Knapstad, M., Aarø, L. E., Nilsen, T., Nes, R. B. & Knudsen, A. K. S. (2021). 5. Psykisk helse og livskvalitet under pandemien. I *Folkehelse rapportens*

- temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen* (s. 37-43). Folkehelseinstituttet.
- WHO. (1948). *Constitution*. World Health Organization.
<https://www.who.int/about/governance/constitution>
- WHO. (1984). *Health promotion: a discussion document on the concept and principles*. World Health Organization,. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>
- WHO. (1986a). *Health promotion action means*. World Health Organization,.
<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions>
- WHO. (1986b). *Ottawa charter for health promotion* World Health Organization, .
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (2005). *Promoting Mental Health*. World Health Organization.
https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- WHO. (2020). *WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic*. World Health Organization
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>
- WHO. (2021). *Geneva Charter for Well-being*. World Health Organization.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/geneva-charter-4-march-2022.pdf?sfvrsn=f55dec7_12&download=true
- Wilkinson, A., Bowen, L., Gustavsson, E., Håkansson, S., Littleton, N., McCormick, J., Thompson, M. & Mulligan, H. (2019). Maintenance and Development of Social Connection by People with Long-term Conditions: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(11), 1875. <https://doi.org/10.3390/ijerph16111875>

Vedlegg 1: Intervjuguide

PA= Psykiatrialliansen

Generelt:

1. Hvordan ble du kjent med Psykiatrialliansen?
2. Hvor lenge har du benyttet (vært trener for) tilbud på PA?
3. Hvordan var ditt forhold til fysisk aktivitet før du startet hos PA?
4. Hvordan ville du beskrevet din fysiske helse på denne tiden?
5. Hvordan ville du beskrevet din psykiske helse på denne tiden?

Del I. Normalsituasjon

6. Hvilke(n) aktivitet er du med på?/Hvilken aktivitet er du trener for?
7. Hva var det som motiverte deg til å være med på disse aktivitetene? (trening, det sosiale, komme seg ut i frisk luft)
 - a. Hvor ofte?
8. Har bruken utviklet seg eller endret seg i perioden du har vært deltaker/trener?
 - a. Hvordan? (før korona)
9. Har du hatt perioder tidligere der du ikke deltok over lengre tid?
 - a. Hvis ja: hvordan opplevde du denne perioden? og hva var vanskelig
10. Hva har fysisk aktivitet og PA betydd for deg?
 - a. hvordan har det påvirket din psykiske helse
11. Hvis du skal beskrive 1-2 av de viktigste grunnene for at du har brukt/har vært trener for PA – hva vil det være?

Del II. Periode med usikkerhet, uro og begrensinger (01.01.-12.03.2020)

12. Hvordan opplevde du den første perioden under koronapandemien (usikkerhet, uforutsigbarhet, begrensninger)? (før nedstenging)
 - a. Hvordan påvirket dette deltakelsen din på aktivitetene?
 - b. Egentrening? → hvordan? Hva var den viktigste årsaken til at du drev med egentrening?
13. Hvordan påvirket denne perioden den psykiske helsen din?
14. Hvordan var din fysiske helse på denne tiden?
15. Med all uro i samfunnet, hvordan opplevde du at PA hadde et redusert tilbud i denne perioden?
16. Hvis du skal beskrive *den* viktigste grunnen til at helsen din endret seg i denne perioden med usikkerhet – hva vil det være? (hvis den endret seg)

Del III. Periode med nedstenging (mars 2020 - august 2020)

17. Hvordan gikk det med aktivitetsnivået ditt når PA stengte ned? (ingen, brå, gradvis endring?)
 - a. Egentrening? Hvorfor/hvordan/hvorfor ikke?
18. Hvordan opplevde du å miste dette aktivitetstilbudet?
19. Hvordan var din psykiske helse på denne tiden?
 - a. (ingen, brå, gradvis endring?)
20. Hvordan var din fysiske helse på denne tiden?
 - a. (ingen, brå, gradvis endring?)
21. Hvis du skal beskrive *den* viktigste grunnen til at helsen endret seg under nedstengningen – hva vil det være?
22. Hva gjorde du for å takle nedstenging og det å ikke kunne dra på trening?

Del IV. Perioden etter gjenåpning (august 2020 -)

23. Hvordan har deltakelsen din på PA vært etter gjenåpning?
24. Hvordan opplevde du å kunne dra på trening igjen?/holde treninger
 - a. Psykiske helse
 - b. Fysiske helse
 - c. Egentrening?
25. Hvordan vil du beskrive din helse i dag sammenlignet med *før* pandemien (normalisert, forverret, forbedret)?
 - a. Fysisk helse
 - b. Psykisk helse
26. Hvis du skal beskrive *den* viktigste grunnen til at helsen har endret seg etter gjenåpning – hva vil det være?
27. Hvis vi skal oppsummere: Hva har fysisk aktivitet og PA betydd for deg gjennom hele pandemien?
28. Noe mer du vil si eller utdype?



Vedlegg 2: Informasjonsskriv – deltaker

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKT OM FYSISK AKTIVITET OG PSYKISK HELSE UNDER KORONAPANDEMIEN?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å se på betydningen av organisert fysisk aktivitet under koronapandemien. I dette skrivet får du informasjon om målene for undersøkelsen og hva deltakelse vil innebære for deg. Prosjektet er en masteroppgave for Helsefremmende arbeid og helsepsykologi, ved Hemil-senteret Universitetet i Bergen. Jeg vil undersøke hvordan koronapandemien har påvirket psykisk helse og livskvalitet. Som en del av dette ønsker jeg å se på hvordan plutselig bortfall av et aktivitetstilbud oppleves. I den forbindelse ønsker jeg å intervju deg som deltaker hos Psykiatrialliansen.

Du blir spurt om å delta fordi du oppfyller de utvalgskriteriene som er satt for undersøkelsen:

- Du er over 18 år.
- Du har vært deltaker hos Psykiatrialliansen før koronapandemien, under nedstengingen og er i dag fortsatt deltaker.

Ansatte hos Psykiatrialliansen har bistått oss med å velge ut deltakere til undersøkelsen.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju. Intervjuet vil vare i ca. 1–1,5 time. Det vil bli stilt spørsmål om hvordan du har opplevd at aktivitetstilbudet hos Psykiatrialliansen har endret seg under koronapandemien. I intervjuet ønsker jeg å få høre dine opplevelser og erfaringer fra denne perioden. Jeg vil ta lydopptak med båndopptaker og notater fra intervjuet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det vil ikke oppstå hverken fordeler eller ulemper for deg som informant ved å delta i prosjektet.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil dine opplysninger bli slettet. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager.

Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er anonymisert eller publisert.



Dersom du senere ønsker å trekke deg, har spørsmål til prosjektet eller har behov for en oppfølgende samtale etter intervjuet, kan du kontakte prosjektleder Torill Larsen (torill.larsen@uib.no) eller student Bodil Vestli, (bodil.vestli@student.uib.no) som vil sette deg i kontakt med Lasse Hjelle (daglig leder) for oppfølging via Psykiatraliansen, post@psykiatraliansen.no.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som innhentes skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til innlevering av masteroppgaven i mai 2022 og i eventuelle vitenskapelige artikler. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli aidentifisert og koblingsnøkkelen mellom person og datamaterialet vil bli lagret på en sikker server (SAFE) som er passordbeskyttet. Ved publikasjon av masteroppgaven og eventuell artikkel vil du som person ikke kunne gjenkjennes. Ved prosjektslutt vil alle lydopptak slettes. Koblingsnøkkelen og data beholdes i inntil 5 år etter prosjektslutt for kontrollhensyn. Koblingsnøkkel og data vil slettes etter dette.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. Saksnr. 341016

Universitetet i Bergen og prosjektleder Torill Larsen er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Vi behandler opplysningene basert på din frivillige deltakelse og at prosjektet er en oppgave i allmennhetens interesse med formål knyttet til vitenskapelig forskning.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte:

- Student: Bodil Vestli, 97689709, bodil.vestli@student.uib.no
- Prosjektleder: Torill Larsen, 55589826, torill.larsen@uib.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: Janecke Helene Veim, Janecke.Veim@uib.no.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Deltakers signatur

Dato



Vedlegg 3: Informasjonsskriv – trener

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKT OM FYSISK AKTIVITET OG PSYKISK HELSE UNDER KORONAPANDEMIEN?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å se på betydningen av organisert fysisk aktivitet under koronapandemien. I dette skrivet får du informasjon om målene for undersøkelsen og hva deltakelse vil innebære for deg. Prosjektet er en masteroppgave for Helsefremmende arbeid og helsepsykologi, ved Hemil-senteret Universitetet i Bergen. Jeg vil undersøke hvordan koronapandemien har påvirket psykisk helse og livskvalitet. Som en del av dette ønsker jeg å se på hvordan plutselig bortfall av et aktivitetstilbud oppleves. I den forbindelse ønsker jeg å intervju deg som trener hos Psykiatrialliansen.

Du blir spurt om å delta fordi du oppfyller de utvalgskriteriene som er satt for undersøkelsen:

- Du er over 18 år.
- Du har vært trener hos Psykiatrialliansen før koronapandemien, under nedstengingen og er i dag fortsatt trener.

Ansatte hos Psykiatrialliansen har bistått oss med å velge ut deltakere til undersøkelsen.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju. Intervjuet vil vare i ca. 1-1,5 time. Det vil bli stilt spørsmål om hvordan du har opplevd at aktivitetstilbudet hos Psykiatrialliansen har endret seg under koronapandemien. I intervjuet ønsker jeg å få høre dine opplevelser og erfaringer fra denne perioden. Jeg vil ta lydopptak med båndopptaker og notater fra intervjuet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det vil ikke oppstå hverken fordeler eller ulemper for deg som informant ved å delta i prosjektet.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil dine opplysninger bli slettet. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager.

Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er anonymisert eller publisert.



Dersom du senere ønsker å trekke deg, har spørsmål til prosjektet eller har behov for en oppfølgende samtale etter intervjuet, kan du kontakte prosjektleder Torill Larsen (torill.larsen@uib.no) eller student Bodil Vestli, (bodil.vestli@student.uib.no) som vil sette deg i kontakt med Lasse Hjelle (daglig leder) for oppfølging via Psykiatraliansen, post@psykiatraliansen.no.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som innhentes skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til innlevering av masteroppgaven i mai 2022 og i eventuelle vitenskapelige artikler. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli aidentifisert og koblingsnøkkelen mellom person og datamaterialet vil bli lagret på en sikker server (SAFE) som er passordbeskyttet. Ved publikasjon av masteroppgaven og eventuell artikkel vil du som person ikke kunne gjenkjennes. Ved prosjektslutt vil alle lydopptak slettes. Koblingsnøkkelen og data beholdes i inntil 5 år etter prosjektslutt for kontrollhensyn. Koblingsnøkkel og data vil slettes etter dette.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. Saksnr. 341016

Universitetet i Bergen og prosjektleder Torill Larsen er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Vi behandler opplysningene basert på din frivillige deltakelse og at prosjektet er en oppgave i allmennhetens interesse med formål knyttet til vitenskapelig forskning.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte:

- Student: Bodil Vestli, 97689709, bodil.vestli@student.uib.no
- Prosjektleder: Torill Larsen, 55589826, torill.larsen@uib.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: Janecke Helene Veim, Janecke.Veim@uib.no.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Deltakers signatur

Dato

Vedlegg 4: Godkjenning fra REK



Region:	Saksbehandler:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Ingvild Haaland	24.11.2021	341016
	Telefon:		

Torill Marie Bogsnes Larsen

Prosjektsøknad: fysisk aktivitet og psykisk helse
Søknadsnummer: 341016
Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Bergen

Prosjektsøknad godkjennes med vilkår

Søkers beskrivelse

Formålet med prosjektet er å se betydningen organisert fysisk aktivitet har for personer med bakgrunn preget av psykiske plager, og hvordan disse har opplevd å miste et treningstilbud under koronapandemien. Informantene er deltakere på et frivillig fritidstilbud som tilbyr trening og aktivitet for personer som ikke lenger er en del av et behandlingsopplegg i psykiatrien. Om mulig, er det ønskelig å intervju en av trenerne også. Disse har brukerkompetanse og/eller pårørendeerfaring. Informantene vil være over 18 år, og har opplevd både nedstengning og gjenåpning av aktiviteten de deltar på. Prosjektets fokus er ikke å se på sykdom/lidelse, men på informantenes opplevelse av å delta på et treningstilbud og hvilke utfordringer nedstengingen kan ha medført. Det vil også ses på hvordan informantenes livskvalitet/hverdagsliv påvirkes når de har begrenset tilgang på dette aktivitetstilbudet.

Prosjektet er en kvalitativ studie, der det vil bli gjennomført semistrukturerte intervjuer. Det vil bli benyttet båndopptaker under intervjuene. Intervju vil bli benyttet da dette er en god metode for å få innblikk i deltakernes egne opplevelser og erfaring. Båndopptaker sikrer at all data kommer med. Dataene vil bli analysert gjennom en tematisk analyse. Metoden hjelper med å organisere, kategorisere og finne viktige og betydningsfulle detaljer. En tematisk analyse bidrar til å belyse informantenes meninger, erfaringer og deres opplevelse av deltakelse. Prosjektets nytteverdi er å få mer kunnskap om hvordan utsatte grupper har opplevd nedstenging under pandemien.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 03.11.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

Annet relevant prosjekt

317817 Hvordan har bortfall av aktivitetstilbud påvirket helsen til deltakerne av Psykiatrialliansen? (Fremleggingsvurdering).

Søknadspliktig

REKs vurdering av den tidligere innsendte Fremleggingsvurderingen: "Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan bortfall av aktivitetstilbud har påvirket helsen til deltakerne av Psykiatrialliansen. Formålet er det mest avgjørende spørsmålet når det gjelder søknadsplikten for REK. Dette prosjektet er dermed søknadspliktig for REK."

Om prosjektet

Søkers vurdering av forsvarlighet: "Kunnskapen dette prosjektet kan genere vil være nyttig for samfunnet da vi trenger mer kunnskap knyttet til nedstengning av samfunnet, spesielt for sårbare grupper. Dette prosjektet kan gi en stemme til en slik sårbar gruppe med tanke på å få frem hva som kan være eventuelle forebyggende tiltak for denne gruppen nå og i fremtiden."

Data/materiale

Kvalitative analysemetoder.

Annen ikke-klinisk intervensjonsstudie (deltakerne er ikke pasienter).

Det skal samles inn nye data i prosjektet:

Intervjuer med opptak (lyd/video) (Vil bli gjennomført intervjuer med båndopptaker. Data vil bli behandlet i UiBs system SAFE for sikker behandling av sensitive personopplysninger i forskning.)

Søker oppgir: "Det er ikke pasienter som deltar, men deltagere i et aktivitetstilbud for personer med psykiske problemer. Valg av intervju som metode begrunnes med at metoden er egnet for å få frem deltakernes egne opplevelser."

Intervjuguide er vedlagt.

Deltakere

Andre personer enn pasienter (Deltagere i et fritidstilbud)

Inklusjonskriterier: Informanten må være over 18 år. Informanten må ha vært deltaker ved aktivitetstilbudet før nedstenging, under nedstenging og etter nedstenging av samfunnet/aktiviteten.

6 deltakere totalt.

Rekruttering

Søker oppgir: "Leder av fritidstilbudet vil fungere som en "døråpner" og sette oss i kontakt med deltakere som ønsker å delta og fyller inklusjonskriteriene. Hensikten med å bruke en "døråpner" er at denne gruppen informanter har psykiske utfordringer og trenger derfor å få god informasjon gjennom en som de har tillitt til. Denne har forsikret oss om at det kun legges opp til frivillig

deltagelse slik at ingen vil bli overtalt til å være med. Videre vil en ved starten av intervjuet for de som velger å delta igjen presisere at dette er helt frivillig og at de kan trekke seg på hvilket som helst tidspunkt både under og etter intervjuet. Det vil bli bedt om at leder av fritidstilbudet har ansvar for kommunikasjonen mellom oss og deltakerne og setter opp tid og sted for intervjuer, slik at vi får minst mulig kontaktopplysninger fra deltakerne.”

Forespørsel/informasjon/samtykkeerklæring

Det vil innhentes samtykke fra deltakerne.

Fra voksne som er deltakere av fritidstilbudet.

Det er lagt ved informasjonsskriv og samtykkeskjema for deltakerne og trenerne.

Komiteen bemerker at man bør ha noe om beredskap i informasjonsskrivet dersom deltakerne har behov for oppfølging etter intervju. Revidert informasjonsskriv bes sendes REK vest.

Oppbevaring av data

Det er krysset av nei på begge disse spørsmålene:

Behandles det personidentifiserbare opplysninger direkte identifiserbare med 11-sifret personnummer eller navn, adresse og/eller fødselsdato i hele prosjektperioden?

Behandles data indirekte identifiserbare ved bruk av koblingsnøkkel?

Komiteen bemerker at dersom deltakerne skal kunne ha rett til innsyn, retting og sletting av data må det opprettes en koblingsnøkkel. Data og koblingsnøkkel må oppbevares på forskningsserveren, med koblingsnøkkel adskilt fra andre data.

Søker skriver: ”Deltakerne kan når som helst be om innsyn, retting og sletting av datamaterialet. Dette vil komme frem i informasjonsskrivet og bli nevnt innledningsvis før intervjuene.”

Prosjektslutt er 01.07.2022.

Komiteen bemerker at dette er litt kort prosjekttid med tanke på eventuell publisering av resultatene. Søker bes om å sette opp dato for prosjektslutt som inkluderer alle behandling av data inkludert publisering.

Når et forskningsprosjekt er avsluttet (senest ved godkjent sluttdato) skal en eventuell koblingsnøkkel oppbevares i fem år (15 år ved legemiddelstudier), men kun for kontrollhensyn. Deretter skal en eventuell kodenøkkel slettes og data makuleres eller anonymiseres.

REK vest godkjenner prosjektet med følgende vilkår:

Revidert informasjonsskriv og samtykkeskjema etter ovennevnte merknader bes sendes REK vest.

Reviderte rutiner for datalagring etter ovennevnte merknader.

Ny dato for prosjektslutt.

Svar på vilkår sendes inn gjennom en endringsmelding på prosjektet.

Vedtak

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 på betingelse av at nevnte vilkår tas til følge.

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 01.07.2022, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Nina Langeland
Prof., Dr.med
Komitéleder

Ingvild Haaland
Rådgiver
Kopi til:

Universitetet i Bergen

Region:
REK vest

Saksbehandler:
Ingvild Haaland

Telefon:

Vår dato:
11.12.2021

Vår referanse:
341016

Torill Marie Bogsnes Larsen

341016 fysisk aktivitet og psykisk helse

Forskningsansvarlig: Universitetet i Bergen

Søker: Torill Marie Bogsnes Larsen

REKs svar på generell henvendelse

Det vises til innsendte reviderte informasjonsskriv mottatt 09.12.2021.

REK vest tar dette til orientering, og har ingen ytterligere merknader.

Med vennlig hilsen

Ingvild Haaland
Rådgiver, REK vest

Vennlig hilsen

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Denne e-posten er sendt automatisk fra REK og kan ikke besvares

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,

Haukelandsveien 28, Bergen

| **E-post:** rek-vest@uib.no

Web: <https://rekportalen.no>