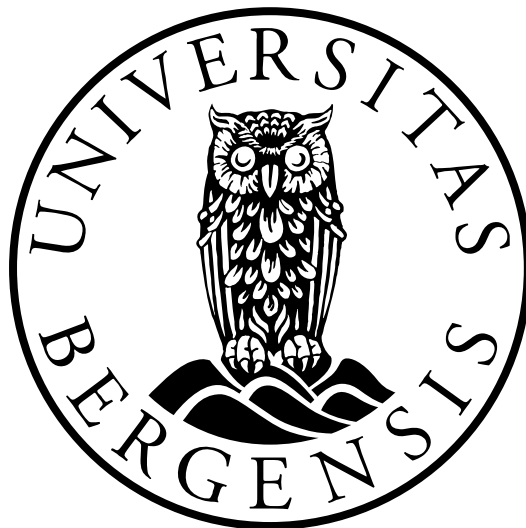


“Fysisk aktivitet; for jeg har sett hva det gjør med min kropp og hode”

*En kvalitativ studie om hvilken påvirkning fysisk aktivitet har på
psykiske lidelser*

Sølvi Marie Røssum



Masteroppgave

Masterprogram for helsefremmende arbeid og helsepsykologi

HEMIL-senteret

Universitetet i Bergen

Vår 2019

Forord

Ideen til masteroppgaven kom først og fremst fra min interesse for psykisk helse og alternative metoder for behandling. Selv har jeg opplevd for viktig fysisk aktivitet er for min velvære, og jeg har sett hvordan det har hjulpet folk rundt meg. Jeg føler meg derfor heldig som fikk se dette i praksis ved å tilbringe tid med Psykiatrialliansen, og delta på deres aktiviteter sammen med deres deltakere. Det var utrolig lærerikt, og ikke minst hadde vi det veldig gøy. Jeg vil da få takke Psykiatrialliansen for denne muligheten. Videre vil jeg takke bi-veileder Leif-Arvid Øvernes som fikk meg i kontakt med dem, og for all hjelp og støtte gjennom året.

Jeg vil også få takke hoved-veileder Torill Larsen for uvurderlig hjelp og litt spark bak da ting gikk litt sakte. Videre fortjener resten av helsefremmende arbeid teamet en stor takk for disse to flotte årene på masterprogrammet deres. Både det faglige og sosiale miljøet har vært fantastisk.

Til slutt vil jeg takke medstudenter for samtaler, hjelp og latter i en hektisk tid. Venner, familie og ikke minst samboer fortjener også en takk for tålmodigheten og støtten.

Innholdsfortegnelse

1.1 STUDIENS HENSIKT	1
1.2 BAKGRUNN	1
1.3 PSYKIATRIALLIANSEN	2
1.4 BEGREPSAVKLARING	3
1.4.1 Fysisk aktivitet	3
1.4.2 Psykisk helse	3
1.4.3 Psykiske lidelser vs psykiske plager	3
1.5 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	4
1.6 OPPGAVENS OPPBYGGING	4
2.0 TEORI	6
2.1 FØRINGER I HELSEPOLITIKKEN	6
2.2 HELSEFREMMEDE ARBEID	7
2.2.1 Satsningsområdene til Ottawa-charteret	7
2.3 HELSEPSYKOLOGI	9
2.3.1 Selvbestemmelsesteorien	9
2.3.2 Sosial-kognitiv læringsteori	11
3.0 TIDLIGERE FORSKNING	14
3.1 LITTERATURSØK	14
3.2 FORSKNING PÅ FYSISK AKTIVITET OG PSYKISK HELSE	14
3.2.1 Angst og fysisk aktivitet	16
3.2.2 Depresjon og fysisk aktivitet	16
3.2.3 Rus og fysisk aktivitet	17
3.2.4 Schizofreni og fysisk aktivitet	18
3.3 PÅVIRKNINGEN AV DELTAKELSE I FYSISK AKTIVITET	18
3.3.1 Sosial støtte og tilhørighet	18
3.3.2 Påvirkningen på fysisk og psykisk helse	19
3.4 BARRIERER VED FYSISK AKTIVITET	21
4.0 METODE	23
4.1 VITENSKAPSTEORI	23
4.2 DATAINNSAMLING	24
4.2.1 Utvalg, utvalgsriterier	24
4.2.2 Rekruttering	25
4.2.3 Intervju	26
4.3 ANALYSE AV DATAMATERIALET	28
4.3.1 Transkribering	29

4.3.2	<i>Tematisk analyse</i>	29
4.3.3	<i>Analyseprosessen</i>	30
4.4	KVALITETSSIKRING AV DATA	33
4.4.1	<i>Validitet</i>	33
4.4.2	<i>Reliabilitet</i>	34
4.4.3	<i>Generaliserbarhet</i>	34
4.4.4	<i>Forskerens posisjon og forforståelse</i>	35
4.5	ETISKE HENSYN	36
4.5.1	<i>Informert samtykke</i>	36
4.5.2	<i>Konfidensialitet</i>	36
4.5.3	<i>Konsekvenser</i>	37
5.0	RESULTATER	38
5.1	“DET ER VIKTIG Å FØLE SEG SOM EN DEL AV NOE”	38
5.1.1	<i>Felleskap</i>	38
5.1.2	<i>Bli sett</i>	39
5.1.3	<i>Felles forståelse</i>	40
5.2	“FYSISK AKTIVITET HJELPER MEG TIL Å MESTRE ENKELTE LIVSUTFORDRINGER”	41
5.2.1	<i>Mestring og erfaringer</i>	42
5.2.2	<i>Fysisk og psykisk utbytte</i>	44
5.3	“NOEN DAGER (...) ORKER JEG IKKE Å GÅ UT”	45
5.3.1	<i>Psykiske hindringer</i>	45
5.3.2	<i>Praktiske hindringer</i>	46
5.4	“UTROLIG BRA AT PSYKIATRIALLIANSEN FINNES”	47
5.4.1	<i>Om psykiatrilianansen</i>	47
5.4.2	<i>Om aktiviteten</i>	49
5.5	“PSYKIATRIALLIANSEN HAR JO ÅPENT NOENLUNDE ALLTID”	49
5.5.1	<i>Rutine/kontinuitet</i>	49
5.5.2	<i>Normalisering</i>	51
6.0	DISKUSJON	53
6.1	SAMMENDRAG AV FUNN	53
6.2	RESULTATDISKUSJON	55
6.2.1	<i>Diskusjon av overordnede tema</i>	55
6.2.2	<i>Motivasjon og fysisk aktivitet</i>	56
6.2.3	<i>Mestring og fysisk aktivitet</i>	58
6.2.4	<i>Viktigheten av det sosiale fellesskapet</i>	58
6.2.5	<i>Fysisk og psykisk utbytte av aktivitet</i>	60
6.2.6	<i>Barrierer for å delta på aktivitet</i>	62

6.2.7	<i>Sammenligning med lignende tilrettelagte tilbud</i>	64
6.2.9	<i>Betydningen av helsepolitiske føringer for deltakelse i aktivitetstilbud</i>	67
6.2.10	<i>Fysisk aktivitet som helsefremmende tiltak</i>	68
6.3	REFLEKSJONER RUNDT FORSKNINGSPROESSEN	69
6.3.1	<i>Utvalg og rekruttering</i>	69
6.3.2	<i>Intervjuene</i>	70
6.4	ANBEFALINGER TIL PRAKSISFELTET	70
6.5	VIDERE FORSKNING	71
7.0	AVSLUTNING	73
	REFERANSELISTE	75
	VEDLEGG	I
	VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA	I
	VEDLEGG 2: TAUSHETSERKLÆRING	III
	VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE	IV
	VEDLEGG 4: NSD GODKJENNING/KVITTERING	V

Abstrakt

Bakgrunn: Fysisk aktivitet har i flere sammenhenger vist seg som positivt for den psykiske og fysiske helsen. Politiske føringer har de siste årene gitt mer oppmerksomhet til tilrettelagte aktiviteter for personer med psykiske lidelser og rusproblematikk.

Studiens hensikt var å undersøke hvordan personer med psykiske lidelser opplevde å delta på tilrettelagte fysiske aktivitetstilbud med likesinnede. Spesielt gikk oppgaven i dybden på om de opplevde mestring, sosial støtte og motivasjon, og hva dette betydde for dem. Videre utforsket oppgaven barrierene for å delta på aktivitet, og hva deltakerne gjorde for å mestre dem.

Materiale og metode: Datamaterialet ble samlet inn gjennom fire semi-strukturerte fokusgruppe intervjuer. Det var til sammen 18 informanter, hvor 14 var deltakere på aktivitetstilbud, og 4 var ledere på de samme tilbudene. For å analysere materialet ble det brukt tematisk analyse.

Resultater: Studien fant at det sosiale fellesskapet der informantene fikk omgås med likesinnede i et støttende miljø, var viktig. Det kom også tydelig fram at opplevelsene av mestring var spesielt positivt, da det førte til bedring i den psykiske helsen. Disse to faktorene førte til motivasjon for å delta, som igjen førte til at de klarte å trosse barrierene. De opplevde barrierene var hovedsakelig psykisk og fysisk sykdom, transport og økonomi.

Konklusjon: Studien viser, sammen med teori og tidligere forskning gjort på feltet, at fysisk aktivitet er positivt for personer med psykiske lidelser. Spesielt kommer det frem at sosial støtte og mestring, fører til motivasjon i den gjeldene gruppen.

Nøkkelord: Fysisk aktivitet, psykisk helse, psykiske lidelser, mestring, sosial støtte, motivasjon, helsefremmende arbeid, helsepsykologi

Abstract

Background: Physical activity have in many occasions proven to be positive for both mental and physical health. Politics have during the last year given more attention to adapted activities for people with mental disorders and drug problems.

The purpose of this study was to investigate how people with mental disorders experienced participating in physical activities with likeminded people. This study especially looked at whether participants experienced self-efficacy, social support and motivation, and what this meant to them. Furthermore the study examined the barriers to participating, and what was done to overcome them.

Data and methods: The data was collected through four semi-structures focus group interviews. There were 18 informants, where 14 were participants at the activities and 4 were leaders at the same activities. Thematic analysis were used to analyze the material.

Results: The study showed that the social community where the informants got to be around likeminded people in a supporting environment, was important. Moreover it was clear that the experiences of self-efficacy was positive, as it lead to better mental health. These two factors lead to motivation, which in turn helped them overcome the barriers. Furthermore the experienced barriers were primarily mental and physical illness, transport and economy.

Conclusion: This study shows, together with theory and previous research, that physical activity is positive for people with mental disorders. Especially that social support and self-efficacy leads to motivation in this group.

Keywords: Physical activity, mental health, mental disorders, self-efficacy, social support, motivation, health promotion, health psychology

1.0 Introduksjon

1.1 Studiens hensikt

Fagfeltet for denne studien er helsefremmende arbeid og helsepsykologi. Hensikten er å øke kunnskapen om påvirkningen fysisk aktivitet for den psykiske helsen, spesielt hva fysisk aktivitet i et fellesskap betyr for de med psykiske lidelser og hvilket utbytte det gir dem. Denne kunnskapen kan benyttes av organisasjoner og myndigheter i arbeidet med å bruke helsefremmende tiltak for å bedre hverdagen til mennesker med psykiske plager. Videre er det ønskelig at studien kan vise utbyttet fysisk aktivitet gir, og dermed øke andelen organisasjoner som tilbyr dette, og enkeltpersoner som tar i bruk det.

Fysisk aktivitet er i mange sammenhenger sett på som en viktig bidragsyter for å bedre den enkeltes psykiske helse (Shephard, 2006; Bjørnstadjordet, 2009; Martinsen, 2011; Sellereite, Haga & Lorås, 2019). Psykiatricaliansen er en frivillig organisasjon i Bergen, med fokus på nettopp dette. De tilbyr fysisk aktivitet i et fellesskap til personer som har en form for erfaring med psykiske lidelser. I det følgende kapittelet vil jeg presentere bakgrunnen for studien, der fokuset blir psykiske lidelser i samfunnet, politiske føringer rundt dette og bakgrunn om Psykiatricaliansen. Videre blir det en begrepsavklaring, før en mer detaljert innsikt i hensikten og problemstillingen til studien blir gitt.

1.2 Bakgrunn

Nyere forskning viser at selv om den vanligste behandlingen av psykiske lidelser er samtalerterapi og medikamenter, har fysisk aktivitet også en god effekt på psykiske lidelser (Shephard, 2006; Bjørnstadjordet, 2009; Martinsen, 2011; Sellereite, Haga & Lorås, 2019). Det er blant annet dokumentasjon på at fysisk aktivitet reduserer graden av angst og depresjon, og kan regulere smertefulle følelser for mange, og det gir heller ingen dårlige bivirkninger (Helsedirektoratet, 2009; Ströhle, 2009; Carek, Laibstain & Carek, 2011; Underland, Holte & Vist, 2018). En rapport fra Statistisk Sentralbyrå viser at mange nordmenn føler seg ensomme, faktisk så mange som 16 prosent (Vrålstad, 2017). Ensomheten viste seg å slå hardest ned på de uføre, arbeidsledige og aleneboende voksne og eldre. Deltakelse i et aktivitetstilbud kan få flere ut av ensomheten og gi sosial støtte til deltakerne. Fysisk aktivitet er derfor et helsefremmende tiltak, ettersom det tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel, og tilhørighet til andre mennesker. Det gir også muligheter for å mestre utfordringer og belastninger man utsettes for i dagliglivet.

Psykiske lidelser er et stort folkehelseproblem i dag. Omtrent halvparten av befolkningen vil i løpet av livet få en psykisk lidelse, som oftest i form av depresjoner, angstlidelser og misbruk eller avhengighet av rusmidler. Det viser en rapport fra Folkehelseinstituttet (Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs & Øverland, 2018) I den siste folkehelsemeldingen blir det forklart at:

“Psykiske plager og psykiske lidelser er fremdeles blant de største folkehelseutfordringene i Norge og medvirker til et vesentlig helsetap. Ulike studier viser at mellom 16 og 22 prosent av den voksne befolkninga har en psykisk lidelse i en periode på 12 måneder. (...) Å oppleve mestring og mening, kjenne seg tilfreds og ha positive relasjoner er faktorer som kan fremme god psykisk helse og gi et vern mot ulike belastninger” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018)

Oppfølging av individer innen psykisk helsehjelp og rus koster svært store summer. Helsedirektoratet rapporterer at 0,4% av befolkningen står for samfunnskostnader på 300 – 500 000 kroner årlig, per person (Helsedirektoratet, 2008). Da inkluderes det ikke de tyngste brukerne som trenger kommunale botilbud eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten. I Bergen kommune fører dette til at på rundt 1100 brukere brukes det minst 350 millioner kroner årlig. I tillegg vil mellom 17 og 22 prosent av befolkningen ha en psykisk lidelse i løpet av et år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Mange av disse isolerer seg, er ensomme og har lite aktivitet, mening i hverdagen, og sosialt nettverk. Store gevinster både for kommunen og den enkelte kan oppnås hvis brukerne kan gjøres mer autonome, og man kan hjelpe brukere fra individuell oppfølging over til aktivitetsbaserte gruppetilbud. Aktivitet er sammen med tilhørighet og opplevelse av mening er blant de viktigste faktorene for et godt liv (Donovan et al, 2003). På bakgrunn av dette kan deltakelse på fysisk aktivitetstilbud gi flere kostnadsbesparelser. Den kan gi større deltakelse som kan avlaste dyrere tiltak og en-til-en oppfølging, og gjøre brukerne mer selvstendige. Det kan hjelpe deltakere med å få tilbake rutiner i hverdagen, som igjen kan gjøre det lettere å komme tilbake i jobb.

1.3 Psykiatrialliansen

Bergen kommune har et stort mangfold av aktivitetstilbud for psykisk syke. Psykiatrialliansen er en av arrangørene i Bergen kommune som tilrettelegger aktivitetstilbud for mennesker som er berørt av psykiske lidelser. De har som særlig mål å hjelpe folk ut av isolasjon og ensomhet, som er et stort problem for mange. Psykiatrialliansen jobber

systematisk med å synliggjøre gode effekter av fysisk aktivitet. Noen av effektene de ser gjennom sitt arbeid er angstreduksjon, bedre søvn, mindre behov av medisiner, og at treningen motiverer og avleder. Stiftelsen er dermed et konkret eksempel på bedre samhandling og oppfølging av psykiske lidelser gjennom fysisk aktivitet. I samarbeid med dette tilbudet, skal denne masteroppgaven undersøke hvordan deltakerne på Psykiatrilianansen opplever å delta på aktivitet, hva de får ut av det og hvilke barrierer de opplever.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet defineres i denne studien på samme måte som av Helse- og omsorgsdepartementet:

“ all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå. I dette inngår mange temaer knyttet til fysisk utfoldelse, for eksempel mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, arbeid, idrett, kroppsøving med mer.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004)

1.4.2 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerte god psykisk helse som:

“en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte, og har mulighet til å bidra ovenfor andre og samfunnet” (WHO, 2004).

1.4.3 Psykiske lidelser vs psykiske plager

Det er viktig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager er en tilstand hos et individ som kan oppleves belastende i hverdagen, men som ikke kan bli identifisert som en diagnose. En psykisk lidelse derimot er ulike sykdommer som påvirker hele mennesket. Angst, depresjon, misbruk eller andre former for avhengighet er de vanligste lidelsene (Martinsen, 2011). Kjennetegnene til en psykisk lidelse er når symptomene går utover arbeid eller dagliglivet (Malt, 2003). I denne studien fokuseres det på psykiske lidelser.

1.5 Hensikt og problemstilling

Formålet med denne masteroppgaven er å se på fysisk aktivitet som et helsefremmende tiltak. Det er fokus på hvordan personer med psykiske lidelser opplever å delta på gruppebaserte aktivitetstilbud. Jeg ønsker å se på om deltakerne opplever motivasjon og mestring i aktivitetene, og hvordan dette påvirker dem. Det sosiale vil også bli en faktor, da jeg ønsker å vite i hvilken grad deltakerne drar nytte av samspillet til både deltakere og instruktører. For å bedre legge til rette for senere deltakelse i aktivitetstilbud, vil barrierer og løsninger til disse barrierene bli et fokus i forskningen. Det er ønskelig at organisasjoner som tilbyr fysisk aktivitet for de med psykiske lidelser kan dra nytte av denne forskningen til å bedre utvikle sine tilbud og tilpasse det etter hva deltakerne fremhever som viktig.

På bakgrunn av studiens formål ønskes følgende problemstilling belyst:

Hvordan oppleves det å delta på fysiske aktivitetstilbud for personer med psykiske lidelser?

Videre er også disse underspørsmålene brukt for å snevre inn og gi retning til forskningen:

- *Oppelever deltakerne motivasjon og mestring?*
- *Hvor viktig er det sosiale for deltakelse?*
- *Hvilke barrierer opplever deltakerne og hvordan håndteres disse?*

1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av 7 deler. Til nå har jeg gitt en utgreiing for temaet, formålet med studien og presentert problemstillingen denne oppgaven skal ta for seg. Videre vil jeg gjøre rede for hvilke teorier jeg har valgt og gjennomgå tidligere forskning gjort som er relevant for temaet. Etterfulgt av dette vil det følge en gjennomgang av det metodiske rammeverket, før jeg presenterer resultatene fra analysen som ble gjennomført. Deretter vil jeg diskutere resultatene opp mot teori og tidligere forskning. Avslutningsvis vil jeg presentere en oppsummering med blant annet de viktigste funnene for studien og studiens relevans for fagfeltet, og hvorvidt forskningen svarer på problemstillingen.

2.0 Teori

På bakgrunn av oppgavens opprinnelse i fysisk aktivitet og psykisk helse, vil den teoretiske bakgrunnen bygge på selvbestemmelsesteorien og sosial-kognitiv læringsteori. Dette er individ-psykologiske modeller og de tar utgangspunkt i kognitive mekanismer, som tanker og oppfatninger hos enkeltindividet. Men først plasseres oppgaven innenfor dagens politiske føringer, helsefremmende arbeid og helsepsykologi generelt.

2.1 Føringer i helsepolitikken

Helsepolitikk i Norge har hatt store forandringer i løpet av det siste århundre. Det har gått fra å være en politikk med fokus på å helbrede sykdom, til så å forebygge sykdom, og i dag er fokuset på å fremme en god fysisk og psykisk helse (Green, Tones, Cross & Woodall, 2015). Denne utviklingen skjer hovedsakelig parallelt med den medisinske og teknologiske utviklingen. Politikken fokuserer på de viktigste helseutfordringene for samfunnet, og den må følge den tiden vi lever i. Vi har mer kunnskap om hva som skal til for å ha en god helse, og mer forebyggende kunnskap som gjør av man lever lengre (Green, Tones, Cross & Woodall, 2015). Det moderne samfunnet har likevel sine folkehelseutfordringer, mye skapt av det velferdsamfunnet vi har i dag. Det som topper listen av disse er psykiske lidelser, kroniske muskel-skjelett relaterte sykdommer, kreft, livsstil-relaterte sykdommer, hjerte, lunge og diabetes. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)

I nyere tid har Folkehelseloven (2011) kommet og den la grunnleggende lover for lokalt helsefremmende arbeid. Fem grunnleggende prinsipper ble lagt frem; sosial rettferdighet i helse, helse i alt vi gjør, bærekraftig utvikling, føre var prinsippet, og deltakelse. Loven fremmer bruken av tverrsektorielt samarbeid, siden kommunen skal bruke alle sine sektorer til å fremme folkehelse og ikke bare helsetjenestesektoren. Det har også kommet mange stortingsmeldinger de siste årene som skal bidra til en bedre folkehelse i Norge og gir et grunnlag for føringer i den norske helsepolitikken. Blant annet spesifiserer meldingene hvordan rettferdig fordeling og sosial likhet må til for å unngå helseforskjeller, og å utjevne sosiale forskjeller i blant annet helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003; 2007; 2013; 2015).

Helsepolitiske føringer understreker at man skal ha et helhetlig perspektiv på personers recoveryprosesser ved at det legges til rette for meningsfulle aktiviteter og

mestringsopplevelser samt for å utvide og utvikle det sosiale nettverket (Helse- og omsorgsdepartementet 2011–2012; Helsedirektoratet, 2011). Bergen kommune (2016) vedtok i *Plan for psykisk helse 2016-2020: Gode liv i et inkluderende samfunn* at det skulle bli en økt satsing på den psykiske helsetjenesten og innbyggernes behov. De viser til at antall brukere av tilrettelagte aktiviteter har økt kraftig, og at det arbeides med brukermedvirkning i planlegging og utvikling av tilbudene. Det satses også på å rekruttere ansatte med brukererfaring og egen tilfriskningshistorie. De legger vekt på at individene skal få oppleve mestring, selvstendighet og personlig vekst, og ha en mulighet til å delta i meningsfulle aktiviteter og ha en tilhørighet til sosiale nettverk.

2.2 Helsefremmende arbeid

I følge Ottawa Charteret er helsefremmende arbeid prosessen som muliggjør forsterket kontroll, og som forbedrer helsen til folket (WHO, 1986). I denne sammenheng er helse definert som mer enn fravær av sykdom, der god helse inkluderer fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende (Green, Tones, Cross & Woodall, 2015). Helse er sett på som en ressurs i hverdagen, og for å fremme helse kreves det tverrfaglig samarbeid i samfunnet. Ottawa charteret legger fram flere forutsetninger for fundamentale elementer som virker inn på helse der de nevner blant annet fred, bolig, utdanning, mat, inntekt, et stabilt økosystem, bærekraftige ressurser og rettferdighet. Disse grunnleggende forholda må være sikret før forbedringer i helse kan oppstå. Settingen for hvor helsefremmende arbeid skal foregå er også relevant, og det baserer seg på at helse er skapt og levd av mennesker innenfor settingene av deres hverdag: hvor de lærer, jobber, leker og elsker (WHO, 1986).

2.2.1 Satsningsområdene til Ottawa-charteret

Ottawa charteret gir grunnpilarene for det helsefremmende arbeidet. Den kom blant annet med fem satsningsområder for helsefremmende arbeid: 1) å bygge opp en sunn helsepolitikk, 2) å skape et støttende miljø, 3) å styrke lokalmiljøets muligheter for handling, 4) å utvikle personlige ferdigheter, 5) å tilpasse helsetjenesten (WHO, 1986). Tiltaket denne studien forsker på plasserer seg ganske tungt i en helsefremmende kontekst og inkluderer alle satsningsområdene. For det første er den en del av en ny satsning i helsepolitikken, der det skal legges til rette for mestring og selvstendighet i meningsfulle aktiviteter der personene har mulighet til å utvikle sosiale nettverk (Helse- og omsorgsdepartementet 2011–2012; Helsedirektoratet, 2011; Bergen kommune, 2016). Dette er fundamentet i hva

Psykiatrialliansen driver med, og ønsker å oppnå med sine aktiviteter. Det skal være en arena for mestring og fellesskap. De ønsker også å støtte opp rundt personer som har det vanskelig, og har fokus på at miljøet på aktiviteten skal være inkluderende. Dette går direkte inn i satsningsområde 2 med å skape et støttende miljø. Der skal det være fokus på å skape forhold som er trygge, stimulerende, tilfredsstillende og trivelige (WHO, 1986).

Satsningsområde 3 går ut på at i det helsefremmende arbeidet trengs å styrke lokalmiljøet. Man må muliggjøre lokalsamfunnet, og sette de i stand til å selv prioritere, avgjøre, planlegge og gjennomføre de tiltak for å kunne oppnå bedre helse (WHO, 1986). Bergen kommune kom med sin plan for psykisk helse for 2016-2020, og tilbudene til Psykiatrialliansen passer godt inn i målene og inkluderer mange av dem. Blant annet har de i planen fokus på ansettelse av personer med brukererfaring, og det er noe Psykiatrialliansen har mange av. Psykiatrialliansen er et spesifikt og effektivt tiltak i lokalsamfunnet, og blir en mulighet for å oppnå bedre helse for en gruppe mennesker.

Helsefremmende arbeid skal støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker. Dette er satsningsområde 4 i Ottawa charteret, som går på individ nivå og har som mål å øke muligheten den enkelte har for å ta kontroll over helse og miljøet, og ta gode valg (WHO, 1986). Psykiatrialliansen er et tiltak som gir personer bedre kontroll over deres helse og hverdag. Det er et godt valg for helsen, og gir deltakerne sosial støtte som bidrar til personlig utvikling.

Femte og siste satsningsområde går ut på å tilpasse helsetjenesten (WHO, 1986). Her er det helsesektoren sin rolle som blir beskrevet, der den i økende grad må bevege seg i en helsefremmende retning. Det kreves en reorientering av helsetjenesten, og de må gå utover kun ansvaret for å yte klinisk og kurative tjenester. I dette tilfellet følger Psykiatrialliansen satsningsområdet gjennom at de ble stiftet av Helse Bergen og Bergen kommune. Selv om de i dag er en selvstendig stiftelse har de fortsatt et samarbeid med flere Distrikt Psykiatriske sentre (DPS) og lignende rundt om i Bergen. Dette viser at tiltaket hjelper helsetjenesten med å holde et helsefremmende fokus, og tilby pasientene en helsefremmende behandling.

2.3 Helsepsykologi

Helsepsykologi dreier seg om hvordan følelser, psykiske tilstander eller ulik atferd påvirker vår helsetilstand (Espenes & Smedslund, 2017, s. 20). Det er bidraget psykologien gir for at vi skal kunne bedre forstå helse og velvære. Det er den bio-psyko-sosiale modellen som bygger opp under helsepsykologien. Denne modellen sier at helse påvirkes av biologiske forhold i kroppen, tanker og følelser hos individet, relasjoner mellom mennesker og levekår og andre forhold i lokal- og storsamfunnet. Fagfeltet helsepsykologi bruker helsefremming og forebygging til å gi folk kontroll over eget liv og mestringsfølelse (Espenes & Smedslund, 2017). Innen tema fysisk aktivitet og psykisk helse forklarer teorier i helsepsykologien flere faktorer for forholdet. De sier blant annet at fysisk aktivitet har en rekke positive effekter på det psykiske området som blant annet rammer velvære og livskvalitet. Aktiviteten har også en viktig sosial påvirkning, da den gir individer en arena for sosial omgang. Dette er positivt da å ha et solid sosialt nettverk rundt seg er bra for helsen (Espenes & Smedslund, 2017). Teoretisk forteller det oss derfor at fysisk aktivitet i en sosial setting, der mestring og kontroll over eget liv stimuleres og oppfordres, vil være et nyttegivende aktivitetstilbud.

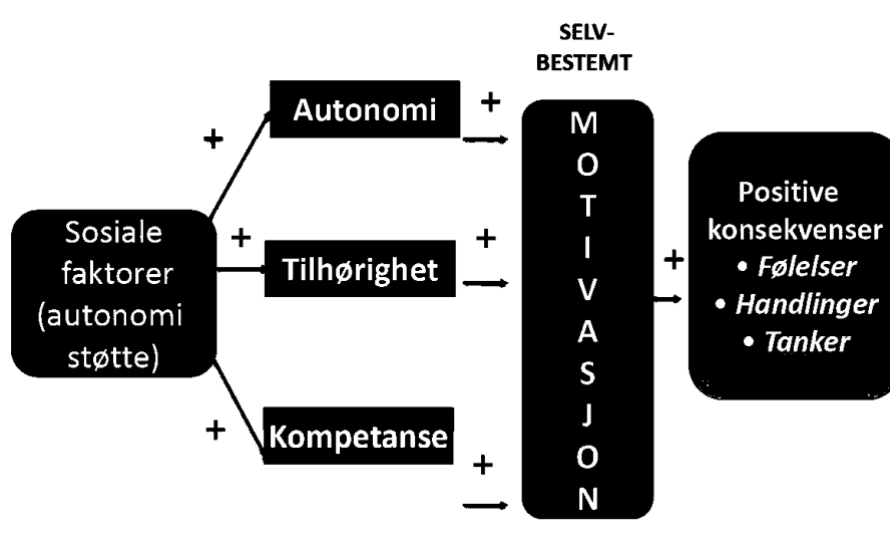
Det finnes mange ulike teorier innenfor fagfeltet helsepsykologi. Disse teoriene kan hjelpe oss å bedre forstå forhold rundt problemer vi vil adressere, behovene og motivasjonen til målgruppen og konteksten for intervensjonen (Nutbeam, Harris & Wise, 2010). To helseatferdsteorier som er passende for målgruppen er selvbestemmelsesteorien og sosial-kognitiv læringsteori. Disse er begge interpersonale modeller, og tar derfor utgangspunkt i kognitive mekanismer hos enkeltindividet som dets tanker og oppfatninger rundt et emne.

2.3.1 Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien har en grunnleggende antakelse om at mennesket har en indre driv til aktivt å utsette seg for utfordringer og utvikle ferdigheter. Den gir et teoretisk rammeverk for å studere menneskelig motivasjon og personlighet. Dette er en teori som beskriver samspillet mellom de psykologiske behovene autonomi, tilhørighet og kompetanse og hvordan behovene bidrar til opplevelse av motivasjon og videre til handling og atferd (Deci & Ryan, 1985, Ryan & Deci, 2000). Målet med selvbestemmelsesteorien er å beskrive og forklare faktorer som skal fremme og oppnå indre motivasjon, som viser til at en person deltar i aktiviteter for interessen og egenverdien sin skyld, uten tvang eller ytre påvirkninger. Teorien beskriver hvordan mennesket er en aktiv organisme av natur, der atferden styres av

indre prosesser, utvikles og finjusteres. Mennesket prøver å få kontroll over miljøet og krefter som påvirker personen selv (Deci & Ryan, 1985). Det er i samhandling med miljøet og gjennom aktivitet og mestring, at selvet eller personligheten dannes og videreutvikles i en kontinuerlig prosess.

Selvbestemmelsesteorien går videre inn på indre og ytre motivasjon. Mennesket er aktivt og handlende i forhold til sine omgivelser, og har en iboende søken etter utfordringer og muligheter som gir mental og sosial utvikling (Deci & Ryan, 1985). Dette er selve grunnlaget og den indre motivasjonen. Indre motivasjon refererer også til å gjøre en aktivitet for aktivitetens egen skyld og for tilfredstillelsen man får av den. Prosessen mot å internalisere en positiv atferd, her fysisk aktivitet og deltakelse, kan fremmes eller hemmes av hvordan det sosiale miljøet gir støtte for eller undergraver tre grunnleggende psykologiske behov. De tre basale psykologiske behovene er forklart av Deci og Ryan (1985) som å være behovene for; autonomi, tilhørighet og kompetanse (figur 1, s 16). Behovet for autonomi viser at individet trenger å kjenne at en har kontroll og mulighet for egne valg. Behovet for tilhørighet vil si at en føler at en har en sosial tilknytning, være en del av et fellesskap og føle seg respektert og akseptert. Behovet for kompetanse beskriver individets behov for å føle at en strekker til og at en føler mestring. Det er disse tre behovene som igjen bestemmer kvaliteten på motivasjonen. Gjennom den selvbestemte motivasjonen skal det da oppstå positive konsekvenser som følelser, handlinger og tanker.



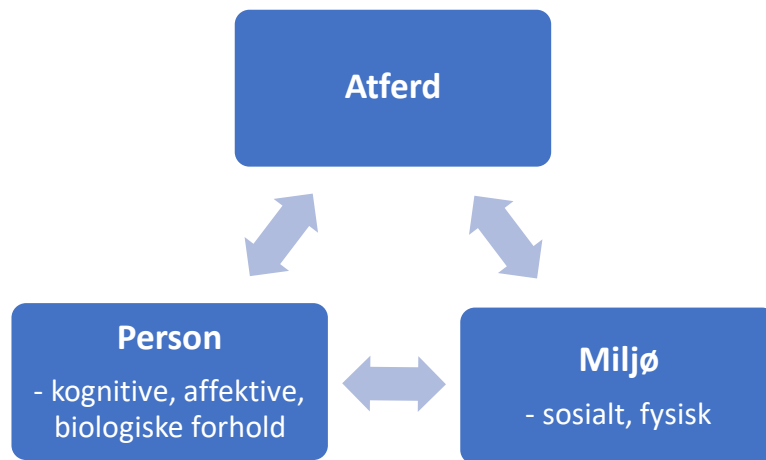
Figur 1: Modell av selvbestemmelsesteorien, utviklet med bakgrunn i Deci og Ryan (1985)

Motivasjon er svært sentralt i selvbestemmelsesteorien og blir definert som den drivkraften man har for å begynne eller opprettholde en bestemt atferd og er med på å styre denne atferden (Woolfolk, 2010). Motivasjon er derfor en faktor for å begynne eller fortsette med fysisk aktivitet (Martinsen, 2011). Hva som skaper motivasjon er individuelt, men man ser at den indre motivasjonen som oftest er lik hos de fleste – nemlig at man er fysisk aktiv fordi man liker eller interesserer seg for den aktiviteten man bedriver. Ytre motivasjon kan være penger, en form for straff eller ros og annerkjennelse fra mennesker rundt oss (Gjerset et al., 2006). Holdningen man har til fysisk aktivitet vil være med på å avgjøre hvordan man ser på aktivitet og hvorvidt man er aktiv eller ikke. Det kan være holdninger som omfatter tidligere negative erfaringer som gjør at man unngår å være i aktivitet, det kan være kroppslige eller mentale lyter som man mener begrenser muligheten for fysisk aktivitet eller det kan rett og slett være at man synes fysisk aktivitet ikke ”passer for meg” og dette henger sammen med erfaringer knyttet til mestring og graden av mestringstro (Martinsen, 2011; Imsen, 2005).

2.3.2 Sosial-kognitiv læringsteori

Helseatferd kan beskrives som å være de aktivitetene hvor man har som mål å styrke, forebygge eller oppdage sykdom før den bryter ut (Espenes & Smedslund, 2017). Altså, individet er friskt og ønsker å fortsette å være frisk. Det finnes mange teorier som er utviklet for å prøve å forklare hva som bestemmer helseatferd og hvorfor folk fortsetter med vaner som de vet er skadelig for helsen sin. En av disse teoriene ble utviklet av Albert Bandura (1977) og heter sosial-kognitiv læringsteori. Den legger vekt på forsterkning og straff, og baserer seg på forståelsen av forholdet mellom individet og deres miljø, og individets mestringsforventning (Espenes & Smedslund, 2017; Nutbeam et al, 2010).

Sosial-kognitiv teori er kompleks og tar for seg mange ulike determinanter som vil påvirke individets helseatferd. Bandura (1977) uthever tre determinanter som har en sentral rolle i teorien; *atferd, person og miljø* (figur 2, s. 18). Determinanten *atferd* baserer seg på individets motoriske og verbale responser, samt sosiale interaksjoner. *Person* går ut på individets kognitive evner, fysiske karakteristikk og deres tro og holdninger. *Miljø* er individets fysiske omgivelser, dens familie og venner, og andre sosiale påvirkninger. De tre determinantene har igjen en gjensidig påvirkning på hverandre, og vil påvirke om helseatferden utføres eller ikke (Bandura, 1977).



Figur 2: Modell av den gjensidige påvirkningen i sosial-kognitiv læringsteori. Utviklet med bakgrunn i Bandura (1977)

Det blir også framstilt viktigheten av forventning hos individet, hvor det skilles mellom mestringsforventning, overbevisning om at en kan gjennomføre atferden, resultatforventning og konsekvenser av atferden. Mestringsforventning har både en indirekte og direkte påvirkning på helseatferden, og blir forklart som troen man har på at man skal klare å utøve kontroll over egne helseatferder, og troen på at man skal få til noe. Dette har vist seg som et svært relevant konsept når det kommer til fysisk aktivitet (McAuley & Blissmer, 2000; Young, Plotnikoff, Collins, Callister & Morgan, 2014). Graden av mestringsforventning avgjør hva man velger å gjøre, hvor utholdende man er i utførelsen og hvordan man reagerer (Martinsen, 2011). Hvilken forventninger man har i forkant av en aktivitet vil være med på å avgjøre hvordan resultatet blir og forventningene styres av erfaring, selvoppfatning og i hvilken setting aktiviteten skjer i (Imsen, 2005).

Sosial-kognitiv teori er mye brukt i forskning, både som en måte å forklare helseatferder på og også som grunnlag for intervensjoner (Hasking & Rose, 2016; Xu et al, 2015; Young et al, 2014). Studier viser hvordan forskjellige helseatferder fokuserer på forskjellige elementer i modellen. For eksempel viser en studie om skjermbruk blant barn viktigheten av forventningen til en atferd (Zimmerman, Ortiz, Christakis & Eklun, 2012). Her foreslår Zimmerman *et al* (2012) at kun gjennom å gjøre foreldrene oppmerksomme på barnas

skjermtid, vil det kunne føre til forandring. Det vil derfor antyde at bare å bli gjort oppmerksom på en atferd kan være nok til å endre den til en viss grad. En nyere analyse av sosial kognitiv teori i forhold til fysisk aktivitet, viste at teorien kunne forklare 31 prosent av variansen i fysisk aktivitet (Young et al, 2014). I denne studien viste mestringsforventning og målet med handlingen seg som hyppig assosiert med fysisk aktivitet, mens elementene resultatforventning og sosial-strukturelle faktorer ikke var det.

Sosial-kognitiv teori viser kompleksiteten i menneskelig atferd, og får med seg de ulike determinantene som påvirker individet. Teorien har en sterk relevans for helsefremmende arbeid, og har ved mange anledninger vist seg å være anvendelig til å forklare helseatferder. Den har også blitt brukt til intervensjon av helseatferder som kosthold, røyking, skjermbruk og fysisk aktivitet (Lubans et al, 2012; Xu et al, 2015; Young et al, 2014; Zimmerman et al, 2012). På en annen side tas det for gitt at alle mennesker prioriterer helse høyt og ønsker å leve lengst mulig, noe som ikke kan sies å alltid være korrekt (Espenes & Smedslund, 2017). Teorien tar heller ikke hensyn til faktorer utenfor individets kontroll. Den kan kritiseres for at den tar som utgangspunkt i at mennesker kan sette oss mål som ligger langt frem i tid og at dette målet vil være nok til å få oss til å utføre eller ikke utføre en handling. Problemet ligger i at en umiddelbar gevinst kan tenkes å være mer attraktiv og forlokkende enn den gevinsten man kunne fått senere. Dette er faktorer man må ta hensyn til når man bruker modellen.

3.0 Tidligere forskning

Det er enighet blant medisinske autoriteter om at fysisk aktivitet er et fundamentalt element i et sunt liv (WHO, 1995). Videre viser forskning til de positive effektene fysisk aktivitet og trening har på den mentale helsen (Shephard, 2006; Bjørnstadjordet, 2009; Martinsen, 2011; Sellereite, Haga & Lorås, 2019). I dette kapittelet vil jeg først forklare hvordan jeg har gått fram for å finne relevant forskning. Deretter vil presentere den tidligere forskningen på feltet.

3.1 Litteratursøk

Jeg gjennomførte mitt litteratursøk i flere ulike databaser. Først og fremst brukte jeg universitetsbiblioteket sin søkemotor, Oria, til å skaffe meg en oversikt over hva som finnes av forskning på feltet. Deretter gikk jeg gjennom databasene Web of Science, PsychInfo og Idunn. Jeg søkte både på norske og engelske ord, ettersom jeg var interessert i både norsk og internasjonal forskning. Søkene ble i hovedsak gjennomført i august, september og oktober 2018, men det ble også gjennomført nye søk i mars og april 2019 etter endring av problemstilling. Emneord som ble benyttet var: “fysisk aktivitet”, “aktivitetstilbud”, “psykisk helse”, “psykisk lidelse”, “barriere”, “utbytte”, “opplevelse”. Søkeordene ble også kombinert i ulike variasjoner med bindeord som AND og OR. Disse ordene ble også benyttet på engelsk, og i ulike variasjoner på begge språk.

Jeg begrenset søkene til de siste ti årene da jeg ønsket at forskningen skulle være relativt ny. Ettersom forskning på helse- og sosial feltet er i stadig utvikling, ville denne begrensningen gi meg et riktigere bilde på dagens kunnskapsstatus på området. Det ble likevel inkludert noen studier eldre enn ti år på grunn av relevans for tema. Jeg ønsket hovedsakelig vitenskapelige artikler, og begrenset derfor søket til fagfellevurdert forskning. Flere av databasene ga mange treff. Jeg fokuserte på å lese sammendrag til relevante artikler, og studere referanselistene deres for å finne relevant forskning sitert av forfatterne. Videre søkte jeg opp relevante artikler og undersøkte disse grundigere.

3.2 Forskning på fysisk aktivitet og psykisk helse

Fysisk aktivitet kan bidra til å bedre både psykisk og fysisk helse, samtidig som det kan fremme et bedre selvbilde og selvfølelse (Sellereite, Haga & Lorås, 2019). Mer aktivitet kan

redusere sykdommer som kommer av dårlig livsstil, og aktive mennesker har lavere risiko for å utvikle psykiske lidelser, blodpropp, fedme og beinskjørhet (Jansson & Anderssen, 2009). Personer med psykiske lidelser har en økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død (Reneflot et al, 2018). Dette gjelder i hovedsak for alvorlige psykiske lidelser, både på grunn av inaktivitet og livsstil, men også fordi de ofte ikke oppsøker hjelp for somatiske problemer. Disse somatiske lidelsene er ofte maskert av psykiske symptomer (Reneflot et al, 2018)

Psykiske lidelser omfatter alt fra fobier til mer alvorlige tilstander som schizofreni. Angst, depresjon, misbruk eller andre former for avhengighet er de vanligste lidelsene (Martinsen, 2011). Fysisk aktivitet har blitt vist å kunne gi positive effekter på den psykiske helsen som økt velvære, redusert stress og uro, mestring, og å forebygge og redusere lettere psykiske lidelser som angst og depresjon (Carek, Laibstain & Carek, 2011; Major et al., 2011; Underland, Holte & Vist, 2018). Det kan også være et bidrag i å minske sjansen for tilbakefall da mindre depresjon og angst generelt fører til bedre mental helse og humør (Ströhle, 2009). Videre har det blitt vist å ha en god effekt på kognisjon, på tross av ingen effekt på vekt (Underland, Holte & Vist, 2018). Fokuset for denne studien er personer med psykiske lidelser og deres opplevelse og utbytte av å delta på gruppebaserte fysiske aktivitetstilbud.

Det er svært relevant for egen studie å se på tidligere forskning på opplevelse av deltakelse i fysisk aktivitetstilbud. Jeg fant lite forskning på nettopp dette, men en masteroppgave viste seg som relevant. Den undersøkte hvorvidt deltakelse i tilbudet “Aktiv på Dagtid” ga en opplevelse av mestring og sosial fungering (Heggdal, 2010). “Aktiv på Dagtid” er et lavterskeltilbud for mennesker som enten er sykemeldt, i en trygdet situasjon eller er arbeidsledig. De tilbyr ulike fysiske aktiviteter, som går på dagtid. Totalt 147 personer svarte på spørreskjema, fra 9 ulike kommuner. Generelt var svarene svært positive, der de fremhevet blant annet viktigheten av at det var et lavterskel tilbud. Det kom også fram at mange opplevde en bedre mestring i hverdagen, og at det sosiale fellesskapet var vesentlig. Oppgaven er noe svak grunnet lite oppbygging av argumenter og litt få deltakere. Den er heller ikke publisert som en artikkel, og derfor ikke fagfelleurdert. På den annen side viser den til viktige elementer i forhold til egen oppgave, og forsket på lignende tema som egen studie.

3.2.1 Angst og fysisk aktivitet

Angst påvirker følelser, tanker, atferd og gir kroppslige symptomer (Martinsen, 2011). Det er mye bekymring og katastrofetenkning, som igjen kan gi engstelse og anspenhet. Det er tenkelig at fysisk aktivitet kan dempe disse symptomene, og forskning antyder også dette. En meta-analyse studie med 42,264 personer viste at aktivitet forbedret angst nivåer, der aktivitet var mer fordelaktig som angstbehandling for de med angst i motsetning til personer med ikke-kliniske psykologiske lidelser (Wegner, Helmich, Machado, Nardi, Arias-Carriòn & Budde, 2014). På den annen siden kan negativt selvbilde og syn på vekt kan gjøre at flere blir dratt mot fysisk aktivitet, spesielt de yngre, men trening som en måte å kontrollere vekten på kan lede til tvangstanker og negative helsekonsekvenser, spesielt i sammenheng med spiseforstyrrelser slik som bulimi og anoreksi (Dalle Grave, Calugi & Marchesini, 2008).

En litteraturstudie så på fysisk aktivitet som en behandling for angst (DeBoer, Powers, Utschig, Otto & Smits, 2012). Alle studiene de vurderte viste gjennomgående fordelaktige effekter med fysisk aktivitet som intervensjon på angst. Denne studien antyder at fysisk aktivitet kan være både en behandling alene og som en tilleggsbehandling for ulike angstlidelser. En annen litteraturstudie støtter disse funnene, der de fremhevet at fysisk aktivitet har en positiv påvirkning på flere biologiske og psykologiske mekanismer (Anderson & Shivakumar, 2013). Flere av studiene de gikk gjennom viste at aktivitet var assosiert med reduserte angst-nivåer i kliniske settinger.

3.2.2 Depresjon og fysisk aktivitet

Depresjon bli stadig vanligere og er en av de psykiske lidelsene med høyest forekomst (Martinsen, 2011). Depresjon og angst forekommer ofte som komorbide lidelser, og kan også forbindes med somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer. Lidelsen depresjon påvirker ikke bare tankene eller humøret, men hele individet. Tretthet, mangel på energi, søvnforstyrrelser og vektproblemer er vanlige symptomer (Martinsen, 2011). Forskning har vist at depresjon kan forebygges ved inkludering av fysisk aktivitet i hverdagen (Wegner et al, 2014). En longitudinell studie så på forholdet mellom fysisk aktivitet og depresjon hos unge kvinner (Jerstad, Boutelle, Ness & Stice, 2010). Det var en 496 unge kvinner som deltok i studien, og forskerne begrunnet valget av denne gruppen med at de vurderte dem som spesielt utsatt for å utvikle depresjon. De testet om fysisk aktivitet kunne redusere risikoen for fremtidig økning i depresjon, og om depresjon minsker muligheten for framtidig

endring i fysisk aktivitet. Resultatene viste nettopp dette, og antydte at intervensjoner som øker nivået av fysisk aktivitet kan redusere risikoen for depresjon i denne høy-risiko gruppen. Videre viste resultatene at fysisk aktivitet kunne føre til redusert risiko for forverring av lidelsen. Depresjon kunne også redusere fremtidig fysisk aktivitet for gruppen. Forskningen antyder derfor et bidireksjonalt forhold mellom fysisk aktivitet og depresjon.

Mengden aktivitet kan ha en innvirkning på effekten av fysisk aktivitet. En prospektiv cohort studie så på effekten av fire ulike mengder med aktivitet for å hindre depressive symptomer hos eldre voksne i Taiwan (Chang, Lu, Hu, Wu & Hu, 2017). Studien fant at konsekvent aktivitet med minimum 15 minutter trening per gang tre ganger i uken med moderat intensitet, var korrelert med en lavere risiko for depressive symptomer. Det er viktig å påpeke at dette var en studie på eldre mennesker og aktivitetsnivået kan være noe annerledes for andre aldersgrupper.

3.2.3 Rus og fysisk aktivitet

Det finnes ulike tilbud for mennesker som har helseproblemer knyttet til bruk av rusmidler og psykiske lidelser. FIRE- Stiftelsen Ett Skritt Videre er et av disse tilbudene, og tilbyr et sosialt og sportslig miljø til tidligere rusmisbrukere og andre som trenger et trygt miljø. Det ble nylig gjort en kvantitativ brukerundersøkelse på 71 voksne medlemmer av denne stiftelsen (Sellereite, Haga, Lorås. 2019) Undersøkelsen så på om medlemmene opplevde mestring, tilhørighet og delaktighet i et helsefremmende perspektiv. Medlemmene rapporterte økt mestringsfølelse på flere arenaer. Det ble også opplevd en form for normalisering, samt at hadde en høyere opplevelse av tilhørighet til samfunnet. Det ble rapportert en større grad av delaktighet til eget liv nå enn før de ble med i FIRE, og den fysiske formen var blitt bedre. Det er flere faktorer som kan ha påvirket resultatene, blant annet at det å slutte med rus er en stor omveltning i seg selv som kan føre med seg økt mestring i livet og forbedret kontakt med tidligere sosiale nettverk som venner og familie. Derfor kan det ikke sies sikkert at alle resultatene er på grunnlag av deltakelse i fysisk aktivitet gjennom FIRE, men det kan tenkes at noen av de positive utfallene skyldes dette.

En annen studie beskriver hvordan et annet lavterskel aktivitetstilbud for personer med rusproblemer, Steg for Steg (SFS), bidrar til å skape nettverk, engasjement, livskvalitet og mestring i et rusfritt miljø (Ness, Borg, Karlsson, Almåsbygg, Solberg & Torkelsen, 2013).

Det ble gjennomført en studie med et samarbeids- og deltakerbasert forskningsdesign og ved bruk av flerstegs fokusgruppeintervju. Ved hermeneutisk innholdsanalyse ble fire hovedfunn identifisert: (a) personlig og sosialt utviklende aktiviteter, (b) kontinuitet og stabilitet i livet, (c) meningsfull rusfri arena, og (d) å bli møtt med respekt og verdighet. SFS har lyktes i å skape aktivitetstilbud som gir muligheter for menneskelig vekst og utvikling. Dette skjer gjennom et inviterende og anerkjennende særpreg som gjør at mennesker med rusproblemer føler seg respektert og godtatt som de er, og har lyst til å bidra og delta «med det de kan». De fortalte at det å ha være med på aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte, gjør at de opplever mestring. Dette bidrar til at de ønsker å utvikle seg innen denne aktiviteten.

3.2.4 Schizofreni og fysisk aktivitet

Schizofreni forekommer langt sjeldnere enn de ovennevnte psykiske lidelsene. Det er en alvorlig lidelse, som man trenger behandling for å kontrollere (Bjørnstadjordet, 2009). Ettersom det er en av de mer alvorlige lidelsene, har jeg valgt å inkludere en studie som viser at fysisk aktivitet kan hjelpe på alvorlige lidelser så vel som lettere psykiske lidelser. En litteraturstudie hadde som hensikt å finne ut om fysisk aktivitet kan bedre den psykisk helsen for pasienter med schizofreni (Bjørnstadjordet, 2009). Det ble inkludert 10 studier med 186 pasienter, med varierte metodiske tilnærminger. Forfatter konkluderte med at studiene var metodisk svake, men at samtlige studier likevel indikerer at fysisk aktivitet bedrer psykisk helse hos pasientene. Det gjelder på negative og positive schizofrenisymptomer, og på generell livskvalitet. Fysisk aktivitet ble også nevnt som en godt likt mestringsstrategi. En rapport fra Folkehelseinstituttet støttet disse positive funnene (Underland, Holte & Vist, 2018). Gjennom litteratursøk fant de at fysisk trening trolig ga en positiv effekt på kognisjon, oppmerksomhet og arbeidshukommelse.

3.3 Påvirkningen av deltakelse i fysisk aktivitet

3.3.1 Sosial støtte og tilhørighet

Fysisk aktivitet har blitt vist å bidra til en sosial arena og en pause fra bekymringer (Passmore & French, 2000). Det sosiale nettverket har en betydning for helsen, og det kan se ut som at det først og fremst er det sosial støtte som er den helsefremmende faktoren, og er korrelert med . Personer med en høyere grad av sosial støtte også har en lavere grad av psykiske plager (Achterberg, Kramers & Van Oeres, 2008).

Det å være sosial omtales ofte som de relasjoner man har med andre mennesker (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009). Å være et sosialt menneske er viktig da det tenkes at det medfører at vi lærer om oss selv og utvikler selvbildet vårt. Forskning har vist at personer som lever alene har generelt dårligere helse enn andre og det kan dermed antyde at ensomhet kan alene være en helserisiko (Achterberg, Kramers & Van Oeres, 2008). Mennesker som har gode sosiale nettverk opplever at de kan søke gode råd, veiledning og støtte fra personene rundt seg (Mæland, 2016).

En kvalitativ studie så på om ulike forhold i det sosiale miljøet kan påvirke personlig utvikling for pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Lauveng, Tveiten, Ekeland & Torleif, 2016). Det ble gjennomført intervjuer med 14 pasienter til behandling for psykiske lidelser, og 15 studenter som gikk på skole for voksne med psykiske lidelser. Resultatene viste at det var flere forskjeller på studentene og pasientene på opplevelser de hadde. Pasientene opplevde et større fokus på behandling, både av dem selv og av de ansatte. I tillegg opplevde de fleste pasientene kun kortvarig eller ingen positiv utvikling. Derfor kan det i stedet for å fokusere på spesifikke symptomer, være mer effektivt å støtte pasientens personlige og sosiale utvikling ved å tilby et varig og godt sosialt miljø. Dette inkluderer stabile og gjensidige forhold, indre motiverte aktiviteter og et miljø som støtter personlige valg, aksept og utvikling.

Betydningen av å ha et meningsfullt fellesskap ble tydelig i en kvalitativ studie med 12 medlemmer av Fontenehuset (Halvorsrud, Ollivier & Kvarme, 2018). Fontenehuset er en organisasjon for personer med psykiske utfordringer hvor de fokuserer på å gi støtte til medlemmene slik at de kan få muligheten til å bli aktivt kan delta i samfunnet igjen. De tilbyr arbeidsfellesskap, aktiv samfunnsdeltakelse, og støtte til studier og jobb. Deltakerne i studien var mellom 22 og 33 år gamle, og forklarte at fontenehuset gjorde at de gikk fra en ensom hverdag til et inkluderende fellesskap, meningsfullt arbeid og til å være frisk på egne premisser. Funnene antyder at et meningsfullt fellesskap med likeverdige kan gi en mykere overgang tilbake til et engasjement i samfunnet.

3.3.2 Påvirkningen på fysisk og psykisk helse

Påvirkningen fysisk aktivitet har på psyken vår har en sammenheng med hvilke aktiviteter man velger å utføre. Aktiviteter med høyt aktivitetsnivå og musikk, eksempelvis spinning

eller aerobics, virker oppkvikkende, mens rask gange og andre rolige former for aktivitet har vist seg å ha en beroligende effekt (Shephard, 2006). Fysisk aktivitet kan fungere som distraksjon, da man unngår dermed å sitte å gruble over egne tanker og følelser som dukker opp ved at man får noe å gjøre (Martinsen, 2011).

Det ble gjort en cohort-studie i Nederland der de så på assosiasjonene mellom trening på fritiden og utbredelse, forekomst og forløpelse av psykiske lidelser (Ten Have, de Graaf & Monshouwer, 2011). Det var 7076 voksne personer som fullførte en spørreundersøkelse om deres psykiske helse og nivå av fysisk aktivitet. Resultatene beskrev at fysisk aktivitet på fritiden var assosiert med lavere prevalens av psykiske lidelser. Det var også funn som tydet på at treningen kunne gi lavere forekomst av psykiske lidelser generelt. I tillegg ga det en bedre prognose for de som hadde psykiske lidelser, og de hadde da en raskere tilfriskning. De fant ingen kjønnsforskjeller, men de viser også til at forskningen er delt på dette (Ten have, de Graad & Monshouwer, 2011).

Kim *et al* (2012) utførte en kryss-seksjonal studie med 7674 voksne deltakere, der de undersøkte forholdet mellom fysisk aktivitet og psykisk helse. Spesielt så de på hva som ville være den optimale mengden fysisk aktivitet for å bedre den psykiske helsen. Resultatene viste at personene som trente mellom 2,5 og 7,5 timer i uken hadde lavest score på depresjonsskalaen. Studien fant et kurvelineært forhold mellom fysisk aktivitet og psykisk helse, da personer som trente mindre en 2,5 time i uken hadde dårligere psykisk helse og personer som trente mer enn 7,5 timer i uken hadde økende dårligere psykisk helse. Forfatteren antyder at dette kan bety at det både er en nedre og øvre grense for hvor mye aktivitet som er bra i forhold til den psykiske helsen (Kim et al, 2012). Resultatene viste også at nivået av mental helse varierte i forhold til den fysiske helsen. Friskere personer hadde gjennomsnittlig bedre score på psykisk helse. Selv om dette er en korrelasjonsstudie, ble det sjekket for flere tredjevariabler som blant annet demografi og fysisk helse. Det kan derfor antydes at resultatene ikke er på grunn av tredjevariabler, men at det faktisk er et reelt forhold mellom psykisk helse og fysisk aktivitet i studien.

Anbefaling om fysisk aktivitet fra helsedirektoratet i aktivitetshåndboken er at

“Alle mennesker bør, helst hver dag, være fysisk aktive i til sammen minst 30 minutter. Intensiteten bør være minst middels, for eksempel en rask spasertur. Ytterligere

helseeffekt kan oppnås ved å øke den daglige mengden eller intensiteten utover dette.”

(Jansson & Anderssen, 2009):

Fysisk aktivitet fører til bedre livskvalitet på grunn av økt psykisk velvære og bedre fysisk helse. Det er dokumentert at fysisk aktive personer har lavere risiko for å rammes av psykiske lidelser og også en rekke fysiske lidelser (Jansson & Anderssen, 2009; Reneflot et al, 2018).

Tall fra folkehelseinstituttet viser at kostholds faktorer er den andre viktigste risikofaktoren for død, og lav fysisk aktivitet er den syvende viktigste risikofaktoren (Knudsen, Tollånes, Haaland, Kinge, Skirbekk, Vollset, 2017). Psykiske lidelser er ikke blant topp ti når det kommer til de største årsakene til dødsfall i Norge i 2015, annet enn Alzheimers sykdom og varianter av demens. Saken blir en helt annen når man ser på tall for de ti viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap i Norge. Her er depressive lidelser nummer 3 med 6.5% av befolkningen som lider av dette, og angstlidelser som nummer 4 med 5.2% av befolkningen (Knudsen et al, 2017). Psykiske lidelser er altså forbundet med økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død. Dette kan nok delvis forklares av sammenhengen mellom psykiske lidelser og økt bruk av tobakk og alkohol, usunt kosthold, overvekt og lite fysisk aktivitet – som er risikofaktorer for hjerte-kar-sykdommer, kreft, diabetes og kroniske lungesykdommer (Reneflot et al, 2018).

3.4 Barrierer ved fysisk aktivitet

En kvalitativ studie utforsket barrierer og fordeler ved fysisk aktivitet for individer med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser som var i samfunnsbasert psykiatrisk rehabilitering (McDevitt, Snyder, Miller & Wilbur, 2006). Det ble gjennomført fire semi-strukturerte fokusgrupper med 34 pasienter totalt. Funnene viste at de viktigste barrierene for fysisk aktivitet var symptomene for den psykiske lidelsen, medisiner, vektøkning på grunn av medisiner, frykt for diskriminasjon og sikkerhet. Deltakerne så imidlertid positivt på fysisk aktivitet og de forbundet det å være aktiv med forbedret psykisk helse. Studien forklarer også at deltakerne ikke fortalte om de samme hindringene som den generelle populasjonen i befolkningen oftest forklarer som barriere for fysisk aktivitet. Disse barrierene er henholdsvis for lite tid og at de har andre ansvar de må prioritere over trening.

En kryss-seksjonal kvantitativ studie vurderte interessen til fysisk aktivitet blant psykiatriske pasienter (Ussher, Stanbury, Cheeseman & Faulkner, 2007). Det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer med 120 psykiatriske pasienter fra. De ble spurt om preferansene for fysisk aktivitet, oppfattede barrierer til aktivitet, og andre psykososiale faktorer relaterte til aktivitetsnivå. Det var stor interesse for å bli mer fysisk aktive i blant disse pasientene. Majoriteten hadde tro på fordelene av å være fysisk aktiv og likte selv å være i aktivitet. Et interessant funn var at de likevel hadde lav selvtillit til egen evne til å trene når de følte seg trist eller stresset, og hvis de får lite til ingen sosial støtte for treningen. Visere viste det seg at mangel på jevnlig sosial kontakt viste seg å ofte korrelere med inaktivitet blant pasientene. Generelt var lav mestringsforventning en av de sterkeste determinantene for inaktivitet.

En av utfordringene for personer med psykiske lidelser er å opprettholde et sosialt nettverk. Fysiske aktivitetstilbud kan være en måte å få mennesker ut av ensomheten på. Derfor inkluderes det her er en meta-analyse gjort på intervensjoner ment for å redusere ensomhet (Masi, Chen, Hawkey & Cacioppo, 2011). Studien identifiserer fire grunnleggende intervensjon strategier: forbedre sosial kunnskap, fremheve sosial støtte, øke muligheter for sosial kontakt, og diskutere maladaptiv sosial kognisjon. Maladaptiv sosial kognisjon vil si sviktende og lite tilpassede tanker og andre mentale prosesser i sosiale sammenhenger. Det fremheves at ensomme mennesker oftere fokuserer på de negative aspektene ved sosiale hendelser og mer sannsynlig oppfører seg på måter som svarer til deres negative forventninger. Her kan de fremtredende negative aspektene oppleves som hindringer til å delta sosialt. Resultatene fra denne meta-analysen foreslår at å korrigere maladaptiv sosial kognisjon gir den beste muligheten for å redusere ensomhet.

4.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere oppgavens metodiske rammeverk. Først skal jeg beskrive studiets epistemologiske standpunkt, og forklare valg av metode og forskningsdesign. Videre skal jeg redegjøre for innsamlingen av data, rekruttering og intervjumetode. Deretter vil jeg forklare valg av analyse og gå igjennom analyseprosessen. Til slutt vil jeg vise til etiske refleksjoner og kvalitetssikring av data.

4.1 Vitenskapsteori

Vitenskapsteori er å systematisk studere vitenskapelig kunnskap og virksomhet. Den omhandler grunnleggende spørsmål om hva vitenskapelig aktivitet og kunnskap er (Cresswell, 2013). Epistemologi er et sentralt begrep i vitenskapsteorien. Det handler om læren om kunnskap og innsikt, den forteller oss om hvordan vi kan vite noe (Malterud, 2011). Innenfor vitenskapsteorien finnes det ulike paradigmer som forskeren tar utgangspunkt i når de utfører forskning. Avhengig av hvilken epistemologisk posisjon og paradigme man er en del av, så vil man ha et ulikt standpunkt om hva «sannhet» er, og hvordan slik kunnskap kan genereres (Malterud, 2011). Det er spesielt viktig i kvalitativ forskning å gjøre rede for sitt teoretiske grunnlag for vitenskapen man produserer. Dette fordi vår oppfatning om vitenskap legger grunnlaget for hva vi som forskere synes er interessant og viktig, samt hvordan man går fram for å undersøke dette.

Fenomenologi er et paradigme innenfor vitenskapsteorien som studerer det særegne ved den menneskelige erfaringsverden (Kvale & Brinkmann, 2009). Den gjør at forskeren kan gå i dybden og se på konteksten i data. Forskerens fordommer og forforståelse blir anerkjent, og den ikke kan settes til side men at man må være bevisst på dem. Fenomenologi har en interesse for å forstå sosiale fenomener fra individets perspektiver og beskrive verden slik den oppfattes for informantene, på bakgrunn av den forståelse at den virkelige verden er den mennesker oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2009). Et fenomenologisk forskningsdesign ønsker å forså meningen med et fenomen, sett gjennom andre menneskers øyne.

Jeg valgte fenomenologi som epistemologisk standpunkt ettersom målet med studien er å forstå et individs opplevelse av et fenomen (Cresswell, 2013). Studien var ikke en ren fenomenologisk studie, men den hadde en fenomenologisk tilnærming som påvirker hvordan jeg møtte og tolket datamaterialet. En fenomenologisk tilnærming tillot meg å samle inn

forståelser og meninger om individers deltakelse på aktivitetstilbud. Videre kunne analysen av den innsamlede dataen beskrive hva deltakerne hadde erfart og hvordan de hadde erfart det. Deretter det ble satt inn i kontekst med litteratur (Cresswell, 2013).

4.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk over en periode på to måneder mellom november 2018 og desember 2018. Prosessen inkluderte deltakelse på fire ulike aktiviteter med fire fokusgruppeintervjuer fra aktivitetene jeg deltok på.

4.2.1 Utvalg, utvalgskriterier

Kvalitativ forskning bruker strategiske utvalg, som innebærer at en velger informanter som representerer relevante egenskaper for problemstillingen (Thagaards, 2013).

Problemstillingen og formålet med studien gir også en ramme for hvor mange informanter som trengs for å belyse temaet (Kvale & Brinkmann, 2009). Utvalget må passe til studiens tidsramme, og samtidig være av stor nok størrelse til å gi grunnlag for tolkning og analyse.

I et prosjekt som dette var utvalget av deltakere definert av prosjektbeskrivelsen og mine problemstillinger, og de relevante egenskapene informantene måtte inneha ble formet deretter. Kriteriene for informantene var at de måtte være deltakere på aktivitetstilbud i regi av Psykiatrialliansen. De måtte også være over 18 år gamle på grunn av etiske forhold og innhenting av samtykke. Siden jeg ønsket ulike perspektiver valgte jeg personer med ulik alder, og både menn og kvinner. Jeg valgte også å rekruttere fra ulike aktiviteter slik at jeg bedre kunne sikre et bredt utvalg.

Studien hadde 18 informanter hvorav 10 var kvinner og 8 var menn. Informantene hadde en aldersfordeling som varierte fra 19 – 62 år, og gjennomsnittsalderen var 39 år. 14 av informantene var deltakere på aktivitetstilbud og 4 var aktivitetsledere. Alle informantene hadde på et tidspunkt vært deltakere på aktivitetstilbud, men aktivitetslederne hadde fått opplæring og nå gått fra deltaker til leder. Derfor var aktivitetslederne på intervjuene der som deltakere av aktivitetstilbud, men de hadde også litt ekstra innsikt i det organisatoriske og et overordnet syn, som var begrunnelsen for å inkludere dem. Under kapittel 6.4.1 kommer jeg tilbake til etikken rundt å inkludere aktivitetsledere. Fokusgruppene var delt opp som følger:

Gruppe 1: 4 deltakere, gruppe 2: 4 deltakere, 2 aktivitetsledere, gruppe 3: 3 deltakere, 1 aktivitetsleder, gruppe 4: 3 deltakere, 1 aktivitetsleder.

Det var få eksklusjonskriterier i studien ettersom de fleste var aktuelle kandidater. Det var derimot et krav at informantene kunne gjøre seg forstått og prate tydelig, helst på norsk. Dette for at fokusgruppen skulle kunne ha en flytende samtale, og for at jeg skulle kunne tyde det de hadde sagt i transkriberingsprosessen. Jeg valgte også å ekskludere de som hadde kraftige psykiske lidelser og ikke hadde helt kontroll over denne i tidspunktet for intervjuet. Dette for å ikke gjøre lidelsen verre for dem ved å delta på intervju, og for å ikke påvirke den sosiale samhandlingen i intervjuet. Det var kun en som meldte interesse der dette var en gjeldene problem, men personen ble forklart situasjonen og det løste seg på en god måte.

4.2.2 Rekruttering

Rekruttering ble gjort av meg i samarbeid med aktivitetsledere, på et utvalg av de fysiske aktivitetstilbudene til Psykiatrialliansen i Bergen. Rekrutteringen skjedde med hjelp av og godkjennelse av Psykiatrialliansen, og noen ledere derfra hjalp med å velge aktiviteter og hente inn noen informanter. Jeg deltok på 4 forskjellige aktivitetstilbud der Psykiatrialliansen hjalp med å finne de tilbudene som var mest passende. Fra hvert av de fire valgte aktivitetstilbudene ble det rekruttert deltakere til et fokusgruppeintervju fra hver aktivitet. Psykiatrialliansen visste derfor noe om hvilke av deres medlemmer som deltok i studien, men det ble vurdert som viktig å likevel ha deres hjelp i rekruttering ettersom de kjenner sine medlemmer og visste hvordan studien kunne få et variert utvalg. Det ble tydelig presisert at deltakelse var frivillig og at det var taushetsplikt.

Jeg tok utgangspunkt i at det var en sårbar gruppe som skulle intervjues, da alle deltakerne hadde erfaring med psykiske lidelser. Det ble derfor tenkt at de trengte tryggheten i at de møter og får snakket med den de skal ha kontakt med, altså intervjueren. Gjennom at jeg møtte opp på aktivitetene deres og informerte brukerne om prosjektet der, kunne deltakere bli rekruttert til intervju på aktiviteten de var i. Dermed ble det sikret trygghet for dem gjennom at de fikk truffet intervjuer på forhånd, bli litt kjent og stilt de spørsmål de trengte å stille. Psykiatrialliansen gikk god for denne måten å rekruttere informanter på. Det var en god støtte og samarbeidspartner i rekrutteringen.

4.2.3 Intervju

Jeg valgte å utføre et semi-strukturert intervju. Det vil si et intervju der intervjuguiden styrer samtalen, men det er åpent for å la informantene prate fritt og følge opp det de forteller (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg brukte derfor intervjuguiden som en mal for samtalen, men var åpen for å la samtalen bli drevet av informasjonen jeg fikk fra informantene. Jeg passet likevel på at jeg fikk stilt de to hovedspørsmålene, og at samtalen holdt seg relevant for tema.

Fokusgruppe er et intervju med en gruppe mennesker, ofte mellom 4-8 stykker, som deler en felles karakteristik (Kvale & Brinkmann, 2009). I dette tilfellet blir den felles karakteristikken at de er deltakere på aktivitetstilbudene til Psykiatraliansen. Jeg anså det som en fordel å ha fokusgruppeintervju fremfor individuelt intervju på bakgrunn av sårbarheten til informantene, og tryggheten de da kunne finne i de andre informantene. Det var også ønskelig at det oppsto diskusjon blant informantene for å stimulere tankene. Det kunne gjøre det lettere for mindre pratsomme å få sagt noe, ettersom de kunne få ideer fra de andre og mer tid til å tenke. Gjennom fokusgrupper får man fram en felles kunnskap, samtidig som man får ulike perspektiver på samme tema. En ulempe med dette er at individer kan synes det er vanskelig å stå fram og være uenig i en mening, som var noe jeg måtte ha med meg i prosessen (Malterud, 2011). Jeg rekrutterte informanter fra de fire aktivitetene jeg deltok på. Alle informantene leste informasjonsskriv, samtykkeskjema og taushetserklæring før vi startet intervjuet.

4.2.3.1 Intervjuguide

Ved utarbeiding av intervjuguiden tok jeg utgangspunkt i problemstillingen (vedlegg 3, s IV). Aller først valgte jeg å innhente noe demografisk informasjon, spørre om hvilke aktiviteter de deltok på og hvorfor. Dette for å få i gang praten med noe lett, og for at alle skulle få en liten forståelse for hverandre. Etter dette var det to hovedkategorier, med hver sine underspørsmål. Hovedkategoriene var basert på forskningsspørsmålene, der den første gikk ut på opplevelsen av aktiviteten, spesifikt på motivasjon, autonomi og mestring. Den andre kategorien fokuserte på barrierer for deltakelse og strategier for å overkomme disse. Under hvert hovedtema hadde jeg noen alternative oppfølgingsspørsmål. Gjennom disse oppfølgingsspørsmålene ville jeg gi informantene mulighet til å snakke fritt, og det var derfor viktig med åpne spørsmål. Til slutt fulgte en avslutning der jeg åpnet for at informantene kunne legge til noe annet, hvis de fortsatt hadde noe å tilføye. Intervjuguiden ble utviklet i samarbeid med hovedveileder.

4.2.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Jeg valgt å bruke en diktafon til å gjøre opptak av intervjuene. Til hvert intervju hadde jeg med informasjonsskriv, samtykkeskjema som jeg hadde utformet, som informantene måtte skrive under på for å delta. Jeg hadde også med taushetserklæring som både jeg og informantene skrev under på, for hvert intervju.

For å gjøre informantene mer komfortable med meg som person og forsker, valgte jeg å delta på de fire aktivitetene jeg rekrutterte fra i fire uker før jeg intervjuet. Vi hadde fokus på å ha det gøy og være i aktivitet. Dette førte til at de pratet lettere med meg fra gang til gang. Av praktiske grunner valgte jeg å ha intervjuene rett etter vi var ferdige på trening. Da sikret jeg at folk møtte opp, og det lettet stemningen ettersom vi allerede hadde vært sammen en stund. For hver aktivitet hadde jeg steder der vi kunne snakke sammen uforstyrret og privat. Jeg prøvde å gjøre intervjuet så uformelt som mulig, og vi satt derfor alltid i sirkel og pratet om løst og fast før vi begynte selve intervjuet.

Ettersom jeg hadde utviklet en relasjon til alle informantene før intervjuene, valgte jeg å ikke ta notater ettersom jeg ville klare å skille mellom stemmene på informantene i transkriberingen. Det var også for å ha fullt fokus på samtalen, og ikke bli distraheret av å måtte notere. Jeg kunne valgt å ha med en andre part for å notere for meg, men dette lot jeg være for å ikke bringe inn en person informantene ikke kjente, og dermed skape usikkerhet.

Intervjuguiden ble en viktig ressurs for meg i intervjuet. Jeg hadde den i synsavstand i alle intervjuene, og brukte den som utgangspunkt i spørsmål og for å sikre at samtalen ikke skled for langt ut av relevans. Det gjorde at alle temaene ble dekket. Det var også fint for å hjelpe informantene videre i samtalen når det stoppet opp litt.

I informasjonsskrivet sa jeg til informantene at intervjuet skulle vare i rundt 60 minutter. Dette var imidlertid veldig variert. Jeg valgte å la noen vare lenger når informantene hadde mye å si, og fordi den ene fokusgruppen bestod av flere informanter. Jeg valgte å avslutte andre intervjuer tidligere fordi det oppsto en naturlig pause og informantene formidlet at de hadde fått sagt det de hadde på hjertet om temaet. Det var også variasjon på hvordan informantene formulerte seg. Noen var korte og konsise der andre gikk i mer detalj. Jeg

avsluttet alltid intervjuene med å åpne for at informantene kunne tilføye hva som helst om det var noe mer de ønsket å si. Intervjuene varte i 1 time (FG1), 1 time og 23 minutter (FG2), 24 minutter (FG3) og 43 minutter (FG4).

4.2.3.3 Databehandling

Det ble på forhånd bestemt at jeg skulle avholde fire fokusgruppeintervjuer. Etter disse fire intervjuene, med til sammen 18 informanter, vurderte jeg at det var tilstrekkelig med data. Jeg følte både at jeg hadde rikelig med informasjon til å besvare problemstillingen, og at tidsbegrensningen og omfanget av oppgaven krevde en avslutning.

Ut i fra disse fire intervjuene fikk jeg lydfiler som til sammen hadde en lengde på 3 timer og 30 minutter. Jeg transkriberte så intervjuene på nettstedet TranscribeWreally. I denne prosessen ble også intervjuene anonymisert. Til slutt satt jeg igjen med 62 sider transkripsjon.

4.3 Analyse av datamaterialet

I kvalitativ forskning handler analyse om at man bruker systematisering og tolkning av datamaterialet til å skape mening og en helhetlig forståelse av data (Malterud, 2011).

Analysen gir rom for å stille spørsmål til datamaterialet, ser relevansen det har til forskningsspørsmålene, og omformer datamaterialet til funn som igjen presenteres (Malterud, 2011). Det kan skilles mellom en induktiv og deduktiv tilnærming til datamaterialet (Braun & Clarke). Ved induktiv tilnærming utarbeider man tema ut i fra funn i datamaterialet, med en nedenfra- og opp tilnærming. Her trekker forskeren slutninger fra det spesielle til det generelle. Deduktiv tilnærming representerer det motsatte, en ovenfra- og ned tilnærming. Her tas det utgangspunkt i forhåndsdefinerte teorier, kategorier og begreper som blir brukt til å tolke datamaterialet.

Det ble tatt utgangspunkt tematisk analyse for å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller tema i innsamlede data fordi den gjør datamengden mer håndterlig for nærmere analyse og drøfting (Cresswell, 2014). Det ble også brukt både induktiv og deduktiv tilnærming i analysen, da jeg tenkte det kunne gi et bedre bilde på materialet. Dette kapittelet gir en innsikt i analyseprosessen og refleksjoner rundt dette.

4.3.1 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere, og vil si å overføre den muntlige samtalen til skrift (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg valgte å transkribere dataen selv, både på grunn av tilgang, tid og fordi jeg så det som fordelaktig å bli best mulig kjent med datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2009). Opptakene fra intervjuene var råmaterialet for analysen. Alt opptak ble straks etter intervjuene overført til en passord-beskyttet datamaskin. I tråd med krav fra NSD ble opptakene slettet etter transkribering. Til å transkribere dataen brukte jeg et nettsted kalt TranscribeWreally. Der kunne jeg trygt og enkelt transkribere alle intervjuene. Jeg anonymiserte intervjuene ved å utelate stedsnavn og deskriptive data, utenom alder og kjønn. Alle intervjuene ble også oversatt til bokmål for å unngå gjenkjenning av informanter på bakgrunn av dialekt eller språk. Den ferdige transkriberte teksten ble så overført til NVivo, som er dataprogrammet jeg benyttet for å analysere.

4.3.2 Tematisk analyse

Tematisk analyse er en beskrivende presentasjon av kvalitative data, og har som formål å formidle det tematiske innholdet i dataene ved å identifisere felles temaer i datamaterialet. Analysen gir en lett tilgjengelig, håndfast og systematisk tilnærming til koding og utvikling av temaer (Braun & Clarke, 2006). I den tematiske analysen står forskeren fritt til å bestemme teoretiske antagelser som styrer forskningen. Forskeren kan selv bestemme hva forskningsspørsmålet skal være uten begrensning på hva det skal omfatte. Forskeren kan også bestemme hvilken type data som skal samles inn og hvordan tematisk analyse skal implementeres i forskningen (Malterud, 2011). Fokuset til analysen er på temaer som identifiseres på bakgrunn av felles mønster i dataene og foregår hovedsakelig på tekst. Temaer trer ikke fram av seg selv, men konstrueres i møtet mellom dataen og forskerens teoretiske antagelser, fagdisiplinære kunnskaper, forskningsferdigheter og erfaringer (Malterud, 2011).

Jeg valgte å bruke tematisk analyse for å få fram de meningsbærende enhetene og temaene på tvers av materialet gjennom ulike kodingsprosesser. Jeg hadde også lite erfaring med kvalitativ forskning og analyse av dette, og tematisk analyse fremsto som en enkel og tydelig analyse som var lett å følge. Braun og Clarke (2006) viser til at tematisk analyse er fleksibel i forhold til teoretisk bakgrunn og kan brukes med ulike epistemologiske forankringer. En fenomenologisk tilnærming kombinert med en tematisk analyse gav relevant informasjon

rundt informantenes erfaringer rundt deltakelse på fysisk aktivitetstilbud når man har en psykisk lidelse.

4.3.3 Analyseprosessen

Braun og Clarke (2006) viser til seks trinn for gjennomføring av en tematisk analyse og presentering av analyseresultatene. Jeg valgte å ta inspirasjon fra disse, og bruke de som utgangspunkt for min egen analyse. Følgende vil presentere innholdet i de ulike trinnene og hvordan jeg har gått frem i hver av dem.

4.3.3.1 Transkribering

Første trinn i analysen går ut på å lese igjennom og skaffe seg kjennskap med datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Dette gjorde jeg gjennom å selv intervju informantene, og å transkribere materialet på egenhånd. I transkriberingen hadde jeg fokus på gjøre teksten håndterbar og tilgjengelig for analysering (Malterud, 2011). Prosessen som helhet gjorde at jeg fikk en god oversikt over datamaterialet. Jeg noterte meg også ideer til koder og mulige temaer både underveis i transkriberingen og ved gjennomlesning. Jeg prøvde å se materialet med en spørrende, nysgjerrig og åpen innfallsvinkel, for å ikke legge egen forforståelse over på datamaterialet (Braun & Clarke, 2006).

4.3.3.2 Koding

Neste trinn i analysen handler om å hente ut enheter som virker interessante og gi navn til disse. Dette kalles å kode datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). I tematisk analyse skal denne prosessen være systematisk og gi et godt grunnlag for å senere utvikle temaer. Jeg kodet materialet mitt i dataprogrammet Nvivo. I første del av kodingen brukte jeg en induktiv tilnærming og valgte derfor å se vekk i fra forskningsspørsmålet. Her ville jeg finne ut hva informantene faktisk sa uten at jeg var bundet av teori og forforståelse. Braun og Clarke (2006) viser til at for å bevare kontekst og meningsinnhold når man koder, er det nyttig å ta med noe av den omkringliggende dataen. Jeg kodet derfor nesten alt materialet og prøvde å holde kodingen så nært det informantene uttrykte som mulig (se tabell 1, s. 39). Til slutt samlet jeg koder som hadde nærliggende betydning.

4.3.3.3 Leting etter temaer

I tredje trinn av analysen grupperes lignende koder sammen og organiserer disse i mulige temaer (Braun & Clarke, 2006). Etter den første kodingen hadde jeg 155 koder, der hver kode hadde fra 1 til 18 sitater. Etter å ha slått sammen koder med nærliggende betydning sto jeg igjen med 151 koder. I denne fasen ble det relevant å ha en mer deduktiv tilnærming til datamaterialet, og jeg vurderte derfor kodene opp mot forskningsspørsmålene. Disse kodene ble så gruppert inn i fem hovedtemaer etter hva jeg så at informantene snakket mest om (se tabell 1, s. 39). Koder som ikke passet inn under disse temaene ble plassert i en egen gruppe kalt urelevant, som jeg senere gikk igjennom for å sikre at jeg ikke hadde gått glipp av noe. Temaene inneholdt mellom 16 og 41 koder hver, og til sammen ble 147 av kodene inndelt i temaer.

4.3.3.4 Gjennomgang av temaer

I den fjerde fasen av analysen gjennomgår man datamaterialet for å finne støtte til temaene som utvikles (Braun & Clarke, 2006). Her tok jeg også i bruk en deduktiv tilnærming og vurderte temaene opp mot forskningsspørsmålene. Denne studiens forskningsspørsmål hadde i utgangspunktet fokus på barrierer for deltakelse på aktivitetstilbud, men etter analysen så jeg at dette temaet kun var ett av fem hovedtemaer. Jeg valgte derfor å endre forskningsspørsmålet til noe mer passende for datamaterialet. Denne fasen skal sikre at både individuelle temaer og analysen som helhet fanger nøkkelmeninger og mønstre i dataene (Braun & Clarke, 2006). Etter endring av forskningsspørsmål sikret jeg nærhet til datamaterialet og at jeg fikk med de viktigste meningene til informantene.

4.3.3.5 Definere og navngi temaer

Femte trinn i analysen til Braun og Clarke (2006) handler om å finjustere og forbedre detaljene i hvert tema og den helhetlige fortellingen analysen gir. I denne fasen definerte jeg hva temaene faktisk handlet om. Jeg forsikret meg om at kodene var plassert riktig og at temaene var riktige i forhold til koder og for helheten i intervjuene. Hvert tema ble nøye gått igjennom og jeg noterte meg korte forklaringer av hver av dem.

Tabell 1. Analysens 5 temaer med eksempler på koder og sitater

Tema	Eksempler på koder	Eksempler på sitater
Det sosiale <i>“Det er viktig å føle seg som en del av noe”</i>	Fellesskap, inkludering	<i>“jeg føler meg sett og hørt i dette fellesskapet, jeg føler meg inkludert i dette fellesskapet, dette gir meg noe”</i>
Utbytte og mestring <i>“Fysisk aktivitet hjelper meg å mestre enkelte livsutfordringer”</i>	Mestring, gir glede	<i>“det er jo det å være med å sikre (i klatring), er jo litt sånn dobbelthjelp fordi man får mestring der og, kan være med å gi glede til andre i tillegg”</i>
Hindringer <i>“Noen dager (...) orker jeg ikke å gå ut”</i>	Transport vanskelig	<i>“det er jo mange som ikke klarer å ta bussen, så det kan være et problem for mange”</i>
Organisasjon og struktur <i>“Utrolig bra at psykiatricaliansen finnes”</i>	Gratis	<i>“hadde vi hatt påmelding, medlemslister, en kontingent og en type avgift for aktivitetene hadde det gitt mye større utfordring”</i>
Om aktiviteten – viktig for deltakelse <i>“Psykiatricaliansen har jo åpent noenlunde alltid”</i>	Kontinuitet	<i>“når man sliter psykisk så synes jeg det er vanskelig å huske på det positive, men da når man får en tett kontinuitet i det hele så er det lettere å huske på det positive, disse lyspunktene og det er sikkert med på å minske mine barrierer i alle fall”</i>

4.3.3.6 Rapportskriving

Siste fase i analysen er å skrive ut forskningsrapporten. Når man skriver ut en oppgave i tematisk analyse er det viktig å fortelle den kompliserte historien av datamaterialet på en måte som overbeviser leseren om at kvaliteten på forskningen er god (Braun & Clarke, 2006)

4.4 Kvalitetssikring av data

Gjennom hele forskningsprosessen blir det gjort vurderinger, og disse henger sammen med kvalitetsvurderingen av forskningen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det blir brukt ulike begreper i kvalitetsvurderingen av kvalitativ forskning. Noen mener enkelte begreper blir for begrensende for kreativiteten kvalitativ forskning har muligheten for. Dette inkluderer begrepene validitet, reliabilitet og generalisering. Kvale og Brinkmann (2009) foreslår å gjøre begrepene om til noe som er nærmere dagligspråket og benytter de tilsvarende begrepene gyldighet, pålitelighet, og generalisering. Med dette i tankene vil jeg videre i kapittelet si noe om validitet, reliabilitet, generaliserbarhet, hvordan dette har blitt ivaretatt i studien, og refleksjoner over min rolle som forsker.

4.4.1 Validitet

I kvalitative studier er valideringen av forskningen noe som foregår gjennom hele prosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Validiteten til studien, eller gyldigheten, handler om at jeg viser og vurderer hvilket omfang resultatene mine er gyldige for, og hva de kan fortelle (Malterud, 2011). Det er viktig å kontinuerlig vurdere hvordan metoden er relevant for det jeg ønsket å undersøke. Jeg har forsøkt å gjøre valgene og vurderingene jeg har tatt både tydelige og gjennomsiktede gjennom beskrivelse av metoden og forskningsprosessen. Gyldigheten til studien er også påvirket av kommunikativ og pragmatisk validitet (Malterud, 2011). Den kommunikative validiteten er hvordan jeg som forsker har evnet å kommunisere forskningen, prosessen og resultater på en slik måte at det blir forstått av leser. Jeg har vært tydelig på hva jeg har gjort i forskningsprosessen og forsøkt å formidle resultatene på en konsis og forståelig måte. Den pragmatiske validiteten er om man kan bruke den forskningen jeg har produsert (Malterud, 2011). Dette vil formidles i senere kapitler, der jeg diskuterer egen forskning opp mot tidligere forskning og teori, og ser på svakheter og styrker ved forskningen.

4.4.2 Reliabilitet

For å se på troverdigheten og påliteligheten til forskningsresultatene, snakker man om hvor reliabel studien er. Her ser man også på om studien kunne vært gjenskapt på et annet tidspunkt av en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2009, s.250). Intervjusituasjonen kan påvirke reliabiliteten. Et eksempel er at jeg opplevde at jeg stilte spørsmål som kunne lede informanten, fordi jeg ble engasjert og ikke alltid tenkte over hvordan jeg formulerte meg. Derimot sier Kvale og Brinkmann (2009) at kreativ tenking i intervjufasen kan bli motvirket av at forskeren har et for stort fokus på korrekt formulering. Ettersom jeg hadde semi-strukturerte intervju hadde jeg en frihet til å stille spørsmål utenom intervjuguiden, og for å få en naturlig samtale trengte jeg også en frihet rundt formuleringen av spørsmålene. Da jeg gikk gjennom transkripsjonene opplevde jeg ikke at det var mange ledende spørsmål, og heller ikke at de ga utslag for oppgaven.

4.4.3 Generaliserbarhet

Det er ønskelig at andre situasjoner og personer kan få bruk for resultatene av forskning. Man ønsker at resultatene kan generaliseres og overføres til andre deler av samfunnet, slik at forskningen kan komme til nytte for flest mulig (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 264). Derfor er det sentralt i kvalitativ forskning å snakke om studiens generaliserbarhet.

I følge Malterud (2011, s. 63) kan nye beskrivelser av et tema der leseren forstår mer av sitt eget, skape generaliserbarhet i kvalitative studier. I denne sammenheng kan personer som kjenner til feltet om sammenhengen mellom psykisk helse og fysisk aktivitet, vurdere om resultatene kan generaliseres til deres virkefelt i forhold til sine kunnskaper.

Generaliserbarheten kan også påvirkes av sammensetningen av utvalget (Malterud, 2011). Det at alle informantene har tilknytning til samme organisasjon kan ha en innvirkning på resultatene. Kanskje er omstendighetene spesielle på nettopp dette tilbudet, eller kanskje det er et svært unikt tilbud i landet. Derimot er det en arena for å se hvordan fysisk aktivitet påvirker psykisk helse, som om noe unik, likevel kan gi et bilde på påvirkningen.

Det er mange ulike perspektiver å beskrive virkeligheten fra (Malterud, 2011, s. 26). Den virkeligheten der man erfarer hvordan fysisk aktivitet påvirker psykisk helse kan beskrives ut i fra forskjellige perspektiver. Det kan være ulike aldre, kjønn og bakgrunn. Det kan være

variasjon i deres erfaring med psykisk og fysisk helse, både personlig og profesjonelt. Jeg valgte å fokusere på de som har personlig erfaring med psykiske lidelser, og som gjennom aktivitetstilbud har erfart hva fysisk aktivitet har å si for den psykiske helsen. Disse erfaringene kan være nyttige for de som jobber med personer med psykiske lidelser, og de som har psykiske lidelser selv.

4.4.4 Forskerens posisjon og forforståelse

I kvalitative intervjuer spiller forskeren en stor rolle, da kunnskapen blir skapt i møtet mellom forskeren og informantene. Forskerens forforståelse vil derfor alltid prege den kunnskapen man ønsker å hente ut fra informantene, selv om forskeren prøver å legge sin forforståelse til side (Malterud, 2011)

Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at etiske overveielser må foregå kontinuerlig i alle faser av kvalitative arbeider. Det gjelder ikke minst fordi forskeren inngår som instrument for datainnsamling, og aldri kan være fullstendig objektiv. Som forsker er jeg preget av erfaringer og både personlig og faglig bakgrunn. Etter et år på master i helsefremmende arbeid og helsepsykologi har jeg en faglig bakgrunn for de aktuelle temaene som kan være med å påvirke meg som forsker. Jeg har også jobbet som miljøterapeut med ulike mennesker med psykiske lidelser, noe som tenkelig kan påvirke meg i forskning med psykisk helse.

Det er en blanding av teori og tidligere forskning som jeg hadde lest og reflektert rundt knyttet til temaet i denne studien, som preger min forforståelse. Det er også en forventning basert på hva jeg har sett i arbeidsliv og privatliv. Jeg har egen erfaring med hvordan fysisk aktivitet påvirker den psykiske helsen, både gjennom meg selv og gjennom nære forhold til mennesker som sliter.

Om deltakernes opplevelse av å delta på aktivitet hadde jeg en oppfatning om at det ga dem glede og var en positiv hendelse i hverdagen deres. Jeg oppfattet det som at de hadde det bedre psykisk og fysisk på grunn av deltakelsen, og at den økte deres sosiale nettverk. Denne oppfatningen hadde jeg både på grunn av egen erfaring med de positive effektene av fysisk aktivitet, og tidligere forskning og teori.

4.5 Etiske hensyn

Det er spesielle etiske utfordringer når det gjelder møtet mellom mennesker i kvalitativ forskning (Malterud, 2011). Utover dette møtet mellom mennesker er alle faser i en intervjubasert studie også preget av etiske spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er tre sentrale spørsmål som stilles som omtaler tre sentrale etiske retningslinjer for forskning på mennesker. Disse tre spørsmålene går ut på om det i forskningen er gitt informert samtykke, sikret konfidensialitet og vurdert konsekvenser.

Studien ble før oppstart sendt inn til godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Deres funksjon er forhåndsvurdering og godkjenning av forskningsprosjekter, og bidrar dermed til kvalitetssikring av forskning. Den gjeldene studien samlet inn informasjon som kunne indirekte ha identifisert informantene, blant annet alder, kjønn, aktivitetsgruppe og tilknytning til organisasjonen. Det ble også brukt båndopptaker på intervjuene. Studien ble søkt til godkjenning fra NSD for første gang 19 september 2018 og ble godkjent 1 november 2018 (vedlegg 4, s V)

4.5.1 Informert samtykke

Informert samtykke innebærer at informantene samtykker til å delta i studien, basert på informasjon om forskningen og fordeler og ulemper ved å delta. Derfor er det viktig å gi informantene en grundig forklaring på hensikten til studien, at det er frivillig deltakelse og hvem studien er for (Kvale & Brinkmann, 2009). Før deltakelse i studien var bekreftet, fikk de aktuelle informantene muntlig informasjon om hva studien handlet om og hva det ville innebære å delta. Da de kom til intervjuet fikk de utdelt et informasjonsskriv (vedlegg 1, s I), der mål for prosjektet og gjennomføring av intervjuprosessen var beskrevet.

Informasjonsskrivene ble så gått igjennom i gruppen, og de fikk mulighet til å stille spørsmål til forskeren. Deretter skrev de under på samtykkeskjema (vedlegg 1, s II), men hadde likevel mulighet til å trekke seg når som helst under og etter studien.

4.5.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet innebærer at deltakernes identitet ikke blir avslørt gjennom sikring av innsamlede data (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuene ble tatt opp på en diktafon, men disse opptakene ble slettet straks transkriberingen var gjennomført. Det transkriberte

materialet ble så oppbevart på en passord-beskyttet datamaskin, og samtykkeskjemaene ble trygt lagret av ansvarlig for masterprogrammet. I transkriberingsprosessen ble datamaterialet anonymisert gjennom å utelate navn og stedsnavn. Det ble også oversatt til bokmål, slik at dialekter ikke skulle kunne avsløre hvem informantene var. I dette tilfellet var det viktig å vite hvem organisasjon jeg rekrutterte informanter fra. Denne organisasjonen har rundt 3000 deltakere, og av denne grunn var det enda viktigere at jeg anonymiserte så mye som mulig for å unngå både at noen innad og utad kunne identifisere informantene. Sikring av anonymitet innad var også viktig for åpenheten til informantene, da de kunne si hva de ville uten at det ville ha noen konsekvenser for dem eller deres forhold til organisasjonen.

4.5.3 Konsekvenser

Konsekvensene informantene kan få av å delta i studien var det nødvendig å vurdere (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette fordi det er svært viktig at informantene ikke tar skade av delta i forskningen. En utfordring i denne studien var at denne gruppen var utsatt eller sårbar, da alle hadde erfaring med psykiske lidelser. Wiley og Rappaport (2000) hevder at det kan være en risiko å spørre utsatte eller sårbare grupper om å delta i forskning, da det kan føre til en psykisk belastning i etterkant. På den annen side har deltakere i Psykiatraliansen svært varierende grad av psykiske lidelser, og jeg vurderte hvilke negative konsekvenser det kunne få for dem å delta. Jeg fokuserte derfor heller ikke på psykiske lidelser og la ikke opp til at de skulle fortelle meg noe om deres egen bakgrunn. Jeg ønsket å fokusere på opplevelser, hvilke ressurser de hadde og strategier som hadde hjulpet dem. Selv om det også ble stilt spørsmål om barrierer og hva som kunne gjøre det vanskelig å delta, prøvde jeg å holde samtalen lett og ikke gå inn på alt for tunge temaer. Dette for å prøve å unngå negative konsekvenser for informantene av å delta i studien. Det ble også tydelig lagt fram at de ikke trengte å svare på alt, og at de sto fritt til å snakke om det de ønsket. Jeg var også tydelig på at de kunne ta kontakt med meg eller min veileder dersom de trengte det.

5.0 Resultater

Dette kapitlet presenterer funnene i studien. Det presenteres 5 hovedtemaer, som er det informantene i studien snakket mest om. Hvert tema har igjen sine undertemaer, som vil bli presentert påfølgende. Det første temaet handler om hvordan informantene opplevde det sosiale på aktiviteten. Videre tema beskriver hvilket utbytte og mestring de opplevde. Tredje tema gå inn på hindringer de opplevde, før neste tema presenterer viktige funn relatert til informantenes utsagn om organisasjon og struktur. Til slutt vil det presenteres noen elementer som informantene forklarte som viktig for deltakelse. Informantene er anonymisert og har fått tallene fra 1-4 i fokusgruppe 1 og 1-6 i fokusgruppe 2, 1-4 i fokusgruppe 3 og 1-4 i fokusgruppe 4. De vil heretter bli referert til som eksempelvis I1, FG 2.

5.1 “Det er viktig å føle seg som en del av noe”

Dette temaet presenterer informantenes oppfatning av hvordan det sosiale på aktiviteten påvirker dem. Alle informantene snakket om hvordan det sosiale og fellesskapet var viktig for dem for å møte opp, og at det er godt å være blant andre i samme situasjon som en selv. Spesielt fremhever de at det er positivt med en sosial setting der alle har en forståelse for hverandre, men at det er fokus på aktiviteten framfor vanskelighetene. I dette hovedtemaet ble det trukket ut tre undertemaer: 1) fellesskap/mangfold, 2) bli sett, 3) felles forståelse

5.1.1 Fellesskap

Mottoet til psykiatrilianansen er “alle er velkommen, alltid” og det kommer fram gjennom alle intervjuene at informantene også opplever dette. De var opptatt av at deltakelsen i den fysiske aktiviteten ga dem en følelse av fellesskap. De beskrev dette som; *glede, de har det gøy sammen, og heier hverandre fram*. De opplevde at det alltid var støtte å finne, om det var gjennom en instruktør eller annen informant varierte, men de opplevde at det var en forståelse for hverandre som de ikke hadde fått kjenne noe annet sted. Aktiviteten ble beskrevet som et fristed, der de fikk være med mennesker i en lignende situasjon med felles interesser.

“jeg føler meg sett og hørt i dette fellesskapet, jeg føler meg inkludert i dette fellesskapet, dette gir meg noe” (I1, FG2)

Flere av informantene fremhevet hvordan mangfoldet i gruppen påvirket aktiviteten og det sosiale. Det ble forklart at det var svært mange ulike mennesker, med ulike problemstillinger

og grunner til at de er der. På grunn av dette mangfoldet sa noen at det kunne gjøre at man ikke kobler like godt med alle, og at det da vil være noen man ikke går så godt overens med. På en annen side synes informantene at det er lærerikt og interessant å være med så mange ulike mennesker. De sier at lærer mye av hverandre, og på tross av alt så har alle noe felles som er en av grunnene til at informantene synes det er så fint å være i dette fellesskapet. Det gjør det unikt fra noe annet sted informantene vet om.

“å komme sammen og spille hverandre gode uansett om vi er forskjellige og forskjellig utgangspunkt og folk sliter med forskjellige ting så finner vi noe der i det fellesskapet som er utrolig viktig” (I1, FG2)

De fleste beskrev fellesskapet som svært inkluderende, der de ble tatt godt imot uansett. De forklarer at de alltid blir akseptert, på tross av hvor god man er i aktiviteten og hva man sliter med. De fremhevet verdien av at det ikke var noen krav for å være med og for å prestere på et visst nivå. Selv om de opplevde at de ble presset til å gjøre det bedre, så ble de samtidig heiet fram. De opplevde heller ikke at de ble presset utover det instruktørene vurderer som riktig. Flere informanter nevner at det er en veldig lav terskel både for å bli med, og under selve treningen. De forteller at de ikke trenger å late som om man har det bra, når man ikke har det. Det å alltid føle aksept og inkludering, var viktig for alle informantene når de var på trening.

“Ja jeg tror den her kravløsheten har, den her aksepten og å alltid være velkommen det hjelper en eller det hjelper iallefall meg å være stolt over de øyeblikkene der man kjenner at nå fikk jeg til et bra kast eller nå driver den ballen med køllen bra eller på zumba at nå fikk jeg til det dere steget og følge takten bare sånne øyeblikk der yes, det blir enklere å få den følelsen når man faktisk ikke behøver å prestere” (I6, FG2)

5.1.2 Bli sett

Flere informanter fortalte at det føltes godt å vite at man ble savnet dersom en ikke kom på aktiviteten. I tillegg opplevde de fleste at når de møtte opp så var de andre glad for å se deg. De fortalte at det føltes ekte fra både informanter og instruktører at de var glade for å se deg og ville ha deg der, noe som informantene mente kunne komme fra at de alle hadde en felles forståelse og vet hvordan det er å ha det vanskelig. De sa de kan lettere se og forstå hverandre fordi de alle har noe felles, og kan sette seg inn i de andre sine situasjoner.

“sånn for min egen del av og til kan tenke at ledere i en treningsaktivitet lett kan fake det at de er glad for å se deg men jeg føler ikke at de gjør det her, jeg opplever egentlig det at alle som jobber i psykiatrialliansen har erfaring med psykiatri selv om det er personlig eller som pårørende så det gjør på en måte at jeg lettere kan stole på at de følelsene de viser, det de sier er faktisk sant” (I1, FG4)

For noen hjalp det også å vite at noen ble glad for å se deg om du kom på aktiviteten, og at du kjente at det var andre som ville at du skal ha det bra. Flere pekte på at dette gjorde det lettere å komme på aktiviteten, og det hjalp på hvordan man følte seg den dagen. Det gjorde også at man fikk lyst til å komme igjen. Det var enighet om at å bli sett kunne gjøre opp for at man ikke følte seg god i aktiviteten, fordi de likevel fikk noe positivt ut av økten. Det ble også beskrevet fra noen at å bli sett var en utfordring i starten, fordi man ikke nødvendigvis var vandt til det fra andre situasjoner.

“men det kjenner jeg også at jeg må ikke være der, men jeg er savnet om jeg ikke er der, for at jeg er en del av en gruppe og det er godt” (I6, FG2)

5.1.3 Felles forståelse

Det var variert fra informant til informant hvor mye det sosiale betydde for hver enkelt. Noe av grunnen til dette ble forklart av informantene til å være variasjonen i deres sosiale liv utenfor aktiviteten. Noen fortalte om å ha et godt nettverk, mens andre hadde få eller ingen nær familie eller vennskap. På tross av om de hadde et godt sosialt liv utenom aktiviteten, snakket likevel alle om at det sosiale var viktig. Informantene fortalte om at de her møter mennesker som har en felles forståelse med seg selv, noen som har gått igjennom eller fortsatt går igjennom en tung periode i livet. Det ble beskrevet som et spesielt forhold der man uansett hadde en underliggende forståelse om at den andre visste hvordan det var å ha det vanskelig. Flere nevnte at det vanskelige ikke nødvendigvis trengs å snakkes om, men at det bare var godt å være rundt personer som visste hvordan man hadde det.

“at folk er litt i samme båt sant, det er, i andre relasjoner du har der er de, forstår de seg kanskje ikke helt på det sant, de har jo ikke opplevd det samme, så det blir en annen

forståelse, så den sosiale biten som du får der den får du ikke andre steder selv om du har et godt sosialt nettverk” (I4, FG2)

Informantene sa likevel at de opplevde at instruktørene og de andre informantene var åpne for å lytte om man skulle trenge det. De fleste informantene likte at det ikke var et fokus på sykdom, fordi de fikk nok av det ellers. Å være på aktiviteten skulle være et fristed mente flere, og de synes det var godt å kunne slippe de vonde tankene når de var på aktiviteten.

“du trenger pusterom her sant, og helst fri fra tankekjør og alt det dritet som dukker opp innvending av og til” (I1, FG1)

Det var enighet blant informantene at det ga en trygghet å være blant mennesker som hadde en forståelse for hvordan de hadde det, uten at det trengte å bli sagt. Det var noe flere sa de ofte ikke fikk følt på andre steder. Informantene fortalte at når de var andre steder hendte det at de var redd for å være seg selv. De snakket om at utenforstående ikke forsto dem og at de følte seg annerledes. På psykiatriliansen sine aktiviteter var de ikke usikre på deg selv, eller redde for å vise hvem de faktisk var. De fortalte at om de trengte en pause det ikke ble stilt spørsmål til det, eller om de ikke kom på trening så skjønte folk det. Det var en forståelse for at folk ikke alltid orket å komme, og ingen forventet noe av de.

“jeg har mye av samme erfaring som det du (I4) har, så jeg har et rimelig bra sosialt nettverk, men det er kanskje litt stigma med tanke på psykiske utfordringer da, sånn at jeg får liksom ikke det behovet dekket der for å for å møte andre i samme situasjon, så det har vært veldig bra her i psykiatriliansen” (I2, FG2)

5.2 “Fysisk aktivitet hjelper meg til å mestre enkelte livsutfordringer”

Dette hovedtemaet presenterer hva informantene opplever å få ut av å være med på aktivitetene til psykiatriliansen. Alle snakket om at de opplevde en mestring når de var på aktivitet og at dette var noe som gjorde at de har lyst til å komme igjen, fikk de til å føle seg bedre, og gjorde at de mestret ting i hverdagen også. Det ble nevnt at de ble bedre både fysisk og psykisk, og det ble snakket om hvordan den fysiske og psykiske helsen påvirker hverandre. I dette hovedtemaet ble det trukket ut tre undertemaer: 1) mestring/erfaringer, 2) fysisk utbytte, 3) psykisk utbytte.

5.2.1 Mestring og erfaringer

Alle informantene snakket om at mestring var noe de følte på når de var i aktiviteten, som de synes det var veldig godt å føle på. Mestring var viktig for informantene fordi de mente det ga dem positive opplevelser, som igjen gjorde at de fikk lyst til å komme flere ganger.

“jeg har følt mye på det at jeg bryter, har brutt mange barrierer med at jeg har fått erfare at dette gir meg noe” (I1, FG2)

Det gjorde det også lettere for dem å trosse de tunge dagene fordi de visste at de fikk oppleve mestring og ha det gøy.

“så har jeg da lært meg gjennom erfaring og mestring at jeg trosser ganske mye av de onde følelsene der og da fordi at jeg vet at det vil gi meg noe senere på den dagen hvis jeg kommer meg opp og hvis jeg gjennomfører da en aktivitet eller en trening , så vil det gi meg mestring, det vil gi meg da en glede den dagen” (I1, FG2)

Noen informanter sa de følte mestring gjennom å tørre å vise følelser, noe flere var enige i at de vanligvis bare viste til de nærmeste, og noen kanskje ikke til dem heller. Informantene mente at en del av å være med på aktiviteten var trening for dem i å klare å vise følelser for andre også, uten å la seg bli overveldet av det. De ønsket å klare å jobbe med dem og klare å jobbe seg gjennom dem, sammen med gruppen man var med.

“det som er mestring for meg det er også klare å være i følelser, og la det bli synlig mens det er andre som ser det” (I3, FG1)

I de ulike aktivitetene kom det fram fra informantene at de opplevde mestring på ulike måter og gjennom ulike ting, men gjennomgående gjennom alle var at det å få til noe i aktiviteten ga stor mestringsfølelse. Informantene sa at selv om det var utfordrende, ga det positive erfaringer til senere. Informantene forklarte at de følte mestring både gjennom noe de fikk med en gang, som å klare å klatre et par tak opp i klatreveggen, score et mål, eller klare noen steg i zumba man ikke har klart før. De følte også mestring gjennom ting som tok lengre tid, som å kjenne at de hadde fått bedre kondis eller kunne tenke bedre taktisk.

“det er jo det, et verktøy i seg selv det å trosse utfordringene og gjøre det likevel, det er en fantastisk gevinst, så lenge du har gjort det flere ganger så er det jo det som du sitter på av erfaring, da er det jo ingenting å tape på det, sant du har jo alt å vinne” (I3, FG2)

Enkelte informanter fremhevet at å kunne få til noe i aktiviteten på tross av fysisk og psykisk sykdom, ga stor mestring. Ofte var det noe de sa de ikke hadde trodd de skulle kunne få til på grunn av sykdommen, men som de likevel klarte.

“det kan være noen dager der jeg egentlig ikke er i form, føler meg litt dårlig, men så blir det sånn okei hvis du klarer å komme deg opp og blir med så føler du at du blir bedre ut av det alikevel, og kanskje du blir dårligere men da var i alle fall det en mestringsfølelse og en gøy opplevelse, noe synes var kjekt den dagen som du fikk være med på som gjorde at den dagen likevel ble bedre enn den kunne blitt” (I4, FG2)

Det ble også fremhevet blant flere informanter at de fikk mestring gjennom fellesskap. Det å kunne hjelpe og støtte andre til å klare noe, sa de at følte veldig bra. Det var ulikt i aktivitetene hvor mye samarbeid som krevdes for å klare aktiviteten, men de fleste opplevde at det ble et samarbeid og et fellesskap på tross av om man måtte jobbe som et lag eller som et individ. Informantene sa at det var uansett godt å være blant andre mennesker, og kunne jobbe sammen mot et felles mål og gi hverandre glede.

“det er jo det å være med å sikre (i klatring), er jo litt sånn dobbelthjelp fordi man får mestring der og, kan være med å gi glede til andre i tillegg” (I1, FG4)

Flere informanter snakket om hvordan tidligere erfaringer og mestring kunne brukes for å trosse de dårlige dagene og vonde tankene, og klare å komme på trening likevel. De snakket om at de husket hvordan det hadde følte å være på trening tidligere, og visste dermed at det ville gi dem noe positivt hvis de dro denne gangen også. Informantene fortalte at det ga dem en glede den dagen. For noen så var aktiviteten høydepunktet i uken, og det skulle mye til for at de ikke skulle klare å dra. De sa at de visste at det er bra for dem å dra, og at de som oftest følte seg verre av å ikke dra. De forklarte at de da følte seg isolert og enda dårligere, så derfor var det nesten uansett bedre at de dro på trening.

“når man våkner opp og det er en tøff dag så husker man, jeg vet at jeg har vært på treninger tidligere og jeg har kjent, enten har jeg fått en pause at jeg jobber bort det vonde eller at jeg får en godfølelse resten av dagen, og begge de er faktisk bedre enn den tunge følelsen jeg våkner med” (I6, FG2)

5.2.2 Fysisk og psykisk utbytte

Alle informantene sa at de opplevde et fysisk utbytte på ulike måter av å delta på aktivitet. De fortalte at de følte seg bedre, og at kroppen spilte mer på lag. Gjennom trening sa de at de opplevde glede, der flere nevnte at de hadde det veldig gøy på trening. Noen informanter sa at aktiviteten var en fin måte å skape gode vaner på, da de ønsket å fortsette å være i aktivitet i fremtiden og det ga de rutiner som hjalp dem i hverdagen. Flere snakket om at de ønsket å bli i bedre form og bli bedre i den gitte aktiviteten, og følte at de oppnådde dette ved å delta på trening. Det fikk også andre ringvirkninger blant annet nevnte de at de følte at de hadde mer energi og hadde fått et bedre kosthold.

“den fysiske aktiviteten, for jeg har sett hva det gjør med min kropp og hode, hvordan det får meg til å føle meg, og at det kjennes bra og trygt å skape meg gode vaner for fremtiden, hvor enn det kan være” (I6, FG2)

Det var enighet blant informantene at deres psykiske helse var blitt bedre etter de ble med på aktivitetene til psykiatraliansen. De snakker om at det ga en ro og en god følelse at de hadde vært i aktivitet, og det var godt å ha vært i et trygt, sosialt fellesskap. Det ble fremhevet av noen at de fikk god samvittighet etter å ha deltatt på aktivitet, og at det kunne gjøre en ellers dårlig dag mye bedre.

“jeg har god samvittighet når jeg kommer hjem og liksom sitter meg i godstolen og jeg kan ta beina på bordet og vite at jeg har gjort noe bra for kroppen.” (I1, FG1)

Flere snakket om hvordan fysisk aktivitet holdt hodet i sjakk. Å føle at de mestret en aktivitet og å føle seg bedre fysisk, ga store psykiske gevinster ifølge flere informanter. Mange sa at de kunne merke en stor forskjell på hvor mye bedre de hadde det etter en treningstime.

“jeg føler når jeg har vært på denne zumbaen så kan helgen komme med alle sine strabaser for da er jeg rustet til å ta det meste... sterkere” (I1, FG1)

5.3 “Noen dager (...) orker jeg ikke å gå ut”

Dette temaet presenterer hva slags hindringer informantene opplevde ved deltakelse på aktiviteter. Flere fremhevet praktiske hindringer der de hyppigst nevnte var transport, beliggenhet og økonomi. Det ble også sagt at det er de selv som er sitt eget største hinder, og at tanker og følelser kunne gjøre at de ikke klarte å komme seg ut døra. I dette hovedtemaet ble det trukket ut to undertemaer: 1) psykiske hindringer, 2) praktiske hindringer

5.3.1 Psykiske hindringer

En hindring som ble trukket frem av mange informanter var fysisk og psykisk sykdom. Flere snakket om hvordan de selv var det største hinderet når de hadde det veldig vanskelig, og da var det enda vanskeligere å presse seg til å dra på trening. De fortalte at det var mange tunge dager, men at de ofte opplevde at aktivitet gjorde disse dagene litt lettere. Likevel sa de at det vanskeligste ofte var å komme seg opp av sengen og ut døren.

“når man våkner opp og det er en tøff dag så husker man, jeg vet at jeg har vært på treninger tidligere og jeg har kjent, enten har jeg fått en pause at jeg jobber bort det vonde eller at jeg får en godfølelse resten av dagen, og begge de er faktisk bedre enn den tunge følelsen jeg våkner med” (I6, FG2)

Følelser kunne være et hinder nevnte noen, da følelsene fort kunne ta overhånd og de var usikre på om de klarte å håndtere dem. Informantene snakket også om hvordan den fysiske helsen kunne hindre dem fra å dra, gjennom for eksempel fysisk sykdom eller skader.

“det er vel mye av det innvendige (som gjør det vanskelig å komme) kanskje, så er ikke så lett å sette ord på eller forklare det for det er på en måte ditt eget hinder, det er da viktig å ha de positive opplevelsene fra for eksempel første gangen sånn at du på en måte har lyst til å komme igjen for å få de positive opplevelsene” (I2, FG4)

Informantene pekte på isolasjon som noe de jobbet hardt for å unngå, og som deltakelse på aktivitetene hjalp de til å unngå. De sa at de gangene de lot være å dra, følte de seg mye

verre, og de gjorde alt de kunne for å klare å dra og ikke havne i isolasjon. Flere snakket om tider de ikke ville stå opp av senga, og at dørstokkterskelen var noe av det verste. De snakket om å ha lite eller ingen sosiale sammenkomster, og om det liv der ensomheten kunne ta stor plass. Etter at de ble med på aktivitet mente mange at de fått et nettverk der, og har kommet seg ut av isolasjonen.

“altså jeg kjenner jo i hvert fall på det at å isolere meg og ikke gå ut, det er det verste for meg, så der kjemper jeg alt jeg kan for å ikke havne der” (I1, FG1)

Noen informanter pekte på at de opplevde mye stigmatisering rundt psykiske lidelser. De fortalte at de selv kunne tenke slike tanker, og var derfor usikre på om aktivitetstilbudet var noe for dem. Noen snakket om at de var redd for at de ikke var syk nok til å delta, og andre nevnte at de var redd for å ikke passe inn eller være god nok i aktiviteten. Det var først etter deltakelse at informantene skjønnte at dette ikke stemte, sa de.

“Det (psykiske lidelser) er jo tabu enda dessverre, men det har jo blitt litt bedre og det er derfor det er bra med sånn type (aktivitet) at man får til noe sånn som dette fordi det er jo med på å ta det tabuet (...) ufarliggjøre ting, og at de som ja, det gir et veldig godt tilbud til folk som, sikkert mange som har tenkt det samme som meg at hva er dette her egentlig, er dette noe for meg, er jeg liksom syk nok til det, det er jo mange måter å slite psykisk på, det er jo nettopp bra alle de dette er tilbud for om det er det ene eller andre som gjør det, om du er schizofren eller bare er litt deprimert så ja” (I4, FG2)

5.3.2 Praktiske hindringer

En gjennomgående hindring for flere informanter var beliggenheten til aktiviteten og hvordan de skulle komme seg dit. Transport var en av de hyppigst nevnte hindringene for å kunne delta på aktivitetstilbud. Tilbudene er spredt rundt om i kommunen, noe som gjør at flere må reise et lite stykke for å være med.

“mine barrierer er nok at, sånn som jeg sa tidligere at det er hvordan jeg kommer meg dit og hvor jeg skal dra” (I6, FG2)

Flere sa at de opplevde usikkerhet rundt å skulle ta buss og annen kollektivtransport, da det krevde forberedelse og tilstedeværelse. De snakket om at det kunne være krevende å være blant så mange ukjente mennesker.

“det er jo mange som ikke klarer å ta bussen, så det kan være et problem for mange”
(II, FG1)

De opplevde også at det krevde mye krefter å finne ut av hvordan de skulle komme seg til aktiviteten. Det nevnes av noen at å skulle betale for transporten kunne være en utfordring. Å skulle betale for buss for hver trening kunne skape en barriere for å delta mente flere.

5.4 “Utrolig bra at psykiatraliansen finnes”

Dette temaet presenterer hvordan informantene opplevde organisasjonen, strukturen og aktivitetene i seg selv. Alle informantene var svært positive til tilbudet psykiatraliansen har, og de mente at det var et helt unikt sted. Spesielt snakket de om hvor gode instruktørene var til å motivere og støtte deltakerne, og hvor viktig det var at instruktørene hadde erfaring med psykiatri selv. I dette hovedtemaet ble det trukket ut to undertemaer: 1) om psykiatraliansen, 2) om aktiviteten

5.4.1 Om psykiatraliansen

Flere informanter fremhevet at instruktørene spilte en stor rolle på deres opplevelse av å være på aktiviteten. De fortalte om at det hadde vært vanskeligere å komme på trening hvis ikke instruktørene hadde vært så motiverende og positive, på tross av om deltakerne gjorde det bra eller ikke. Det var enighet i at instruktørene var flinke til å se alle, og at de tilpasset seg etter hvem det var de hadde med å gjøre. Informantene sa at instruktørene visste godt hvem som tålte å bli presset, og når de tålte det. Det ble også snakket om hvor positiv det var at alle instruktørene hadde erfaring selv med psykiske vansker. Informantene forklarte at dette gjorde at alle var på samme nivå, og at instruktørene hadde en dypere forståelse for hvordan deltakerne hadde det.

“jeg opplever egentlig det at alle som jobber i psykiatraliansen har erfaring med psykiatri selv om det er personlig eller som pårørende så det gjør på en måte at jeg lettere

kan stole på at de følelsene de viser, det de sier, er faktisk sant (...) de kan lettere se meg, forstå meg, pushe meg eller kanskje ikke skal pushe meg når jeg har en dårlig dag”(I1, FG4)

Psykiatrialliansen har en ordning der nye deltakere får tilbud om å bli fulgt av en instruktør de første gangene de deltar på en aktivitet. Flere informanter fremhevet dette og sa det var til stor hjelp da det gjorde det mindre skummelt å komme på aktiviteten første gangen. De nevnte at det gjorde det lettere å komme igjen også, fordi de da visste hvor de skulle og hadde rullet å hilse på både instruktørene for aktiviteten og noen deltakere.

“Terskelen kan bli så høy at du backer ut, du tør bare ikke, og da er det godt å møtes på en halvvei, at noen hjelper deg der, for det er tøft, du er sårbar, eh... når du har det vanskelig så er det vanskelig”(I1, FG1)

Økonomi ble fremhevet som vanskelig av mange informanter, og at deltakelse er gratis var derfor veldig viktig ifølge disse. Ledere for aktivitetene sa at de trodde de hadde mistet mange deltakere dersom de hadde hatt avgifter for å delta. Bare å skulle betale for transport fram og tilbake til aktivitet sa flere at kunne være vanskelig. Det er også ingen registrering av personlig informasjon, noe informantene mente at minsket terskelen for å delta.

“hadde vi hatt påmelding, medlemslister, en kontingent og en type avgift for aktivitetene hadde det gitt mye større utfordring” (I1, FG2)

Som deltaker på en aktivitet i regi av psykiatrialliansen har man mulighet til å melde seg på en meldingsliste der man får en melding samme morgenen som aktiviteten skal være. Denne funksjonen ble nevnt som positivt av flere informanter. De sier at det ble en slags positiv stimuli som gjorde at de husket de gode opplevelsene, og som gjorde det lettere å komme seg opp av sengen og ut i aktivitet. Informantene forklarte at meldingen ga en påminnelse på at de ikke var alene, at de hadde noe å gå til den dagen som var sosialt og aktivt.

“jeg synes sms muligheten også blir kanskje med på å minske barrieren for at man våknet og det er slitsomt og tungt kanskje en morgen , og så får man det plinget rundt 9 tiden og bare stemmer det er fotball i dag, ja med det er gøy det blir bra, at det er sånn, det er en positiv, en liten positiv stimuli, en positiv trigger liksom som kommer midt sånn her på ingenting” (I6, FG2)

5.4.2 Om aktiviteten

Noen informanter fremhevet at det var positivt med konkurranse. De fortalte at de fikk dette i flere aktiviteter der de i noen aktiviteter konkurrerte i lag mot hverandre, mens i andre aktiviteter konkurrerer de mot seg selv for å gjøre det bedre enn de gjorde det sist gang. Noen ganger kunne dette føre til at informantene opplevde prestasjonsangst, spesielt de som spilte kamper i en liga. De forklarte at de også kunne føle et mer krav om prestasjon fra sine meddeltakere og instruktører, fordi disse personene tidligere hadde sett at de kunne gjøre bedre. På den annen side sa informantene at dette sjeldent var et stort problem, fordi alle aksepterte at de kunne ha en dårlig dag. Noen snakket om at de synes det var positivt med litt konkurranse, fordi da fikk de et behov for å forbedre seg. De sa det var godt å kunne ha det gøy samtidig som de fikk en mestring av å føle seg bedre.

“alle trenger litt konkurranse i seg, og det får du her ved at du vil klare å ta de poengene som gjør at du akkurat får den seieren, du får akkurat den lille ekstra gleden, men samtidig taper du så gjør det absolutt ingenting” (I4, FG3)

5.5 “Psykiatricaliansen har jo åpent noenlunde alltid”

Dette hovedtemaet presenterer viktige elementer ved Psykiatricaliansen som gjør det lettere for dem å delta. Det var enighet blant informantene at den gode kontinuiteten på psykiatricaliansen sine aktiviteter gjorde at de selv klarte å ha en rutine i hverdagen. Det å ha en rutine var noe informantene fremhevet som svært viktig, da de ofte ikke hadde så mye annet de gledet seg til i hverdagen. De snakket også om hvor godt det var å føle seg normal, og at de ofte følte at alle andre også var normale. I dette hovedtemaet ble det trukket frem to undertemaer: 1) rutine/kontinuitet, 2) normalisering

5.5.1 Rutine/kontinuitet

Det var enighet blant informantene at å delta på aktivitet ga dem en rutine i hverdagen, noe de fremhevet som svært positivt. De fortalte at det ga dem en plan for dagen og et fast holdepunkt i uken. De sa at de skapte en forventning til seg selv om at de skulle dra på trening og fikk dermed noe å glede seg til. Det var også en viss forventning fra instruktørene og de andre informantene på at de skal møte opp, noe flere sa at ofte hjalp dem til å komme.

Både forventningene fra seg selv og andre, og å få det som en god vane å reise på trening, fortalte flere informanter at var med på å minske barrieren for å møte opp.

“at det er på en måte en fast tid på en fast dag som jeg kan ha en plan for dagen, komme meg i aktivitet uansett hva som skjer den dagen så vet jeg at jeg skal være fysisk aktiv og at det er bra for kroppen min uansett om jeg vil det eller ikke, det er egentlig det som jeg liker best” (11, FG4)

Informantene snakket om at de skapte gode vaner for både sin psykiske og fysiske helse, som igjen ga dem en rutine i hverdagen som også kunne bli et verktøy for å takle ting senere. Denne rutinen mente noen av informantene at kunne gjøre det lettere for dem å takle andre utfordringer, som for eksempel at de kunne klare å holde på den gode rutinen når de skulle ut i jobb. Dermed var aktiviteten med på å gi informantene gode rutiner for hverdagen og for fremtiden.

“ja jeg er med på det med å skape gode vaner, de som er der sånt som jeg og, sant har vært ute av arbeidslivet en stund, men det at du er fast, har noen faste ting, det forbereder deg jo egentlig ganske godt på at, en framtid der du, i en jobb der du må være fast tilstede så det er jo med å hjelpe på, gir en god forberedelse til det og” (14, FG2)

Mange informanter snakket også om hvordan kontinuiteten i aktivitetene var positivt for dem. Informantene fortalte at de synes det var viktig at aktivitetene holdt åpent nesten hele året, også på tider der mye annet var stengt. De sa at de få periodene aktivitetene ikke har åpent var dette informert om i forkant, og at psykiatriliansen gjorde det de kunne for å klare å holde åpent på tross av ferier og høytider. Dette skapte god kontinuitet fortalte informantene, og det gjorde at de hadde noe å gå til. Høytider var noe av den vanskeligste tiden på året sa flere av informantene, da de ofte ikke hadde et veldig stort familie- og venne-nettverk. På bakgrunn av dette sa flere at de satt ekstra stor pris på at det ble holdt åpent så lenge som mulig i høytider og fellesferier Et par informanter savnet enda større forutsigbarhet på når aktiviteten skal stenges. De sa at de ønsket å få informasjon i god tid, slik at de visste om det tidlig og kunne forberede seg på dette.

“for altså hvis en ikke har veldig mye familie og ikke har stort vennenettverk som en gjerne ikke har hvis en fungerer dårlig, så... er jo fridagene og feriene ganske tomme da på

en måte, eh ja... men selvfølgelig, folk skal jo ha fri... men det er sånn som nå det er jo fint at vi holder det gående sant til ganske nært jul, at ikke det er hele desember så er det juleferie for da har vi så mye annet å gjøre, for det er ikke sikkert vi har det” (I3, FG1)

Noen informanter fremhevet også at hyppigheten av aktiviteter minsket barrierene for å delta. En grunn til det sa de at var fordi det alltid var en aktivitet å reise på om de ønsker det. De fortalte at det ikke var like ille å gå glipp av en aktivitet, fordi da kunne de dra på noe annet neste dag. En annen grunn til at det var bra med mange aktiviteter, snakket informantene om at var fordi det gjorde det lettere å huske på de gode opplevelsene de hadde på trening sist gang. Informantene forklarte at fordi de opplevde gledene på aktivitet så regelmessig, så rakk ikke det tunge i livet å ta over plassen. Siden de positive erfaringene satt så friskt i minne, så var det lettere å bruke dem til å motivere seg selv til å dra på trening, sa flere.

“når man sliter psykisk så synes jeg det er vanskelig å huske på det positive, men da når man får en tett kontinuitet i det hele så er det lettere å huske på det positive, disse lyspunktene og det er sikkert med på å minske mine barrierer i alle fall” (I6, FG2)

5.5.2 Normalisering

På psykiatraliansen sine treninger skal det ikke være fokus på sykdom, ifølge aktivitetsledere. Det blir ikke spurt om diagnoser eller lignende, og man vet ikke om de som er der sliter med noe eller bare har litt tid til overs. Dette snakket flere informanter om at var med på å gjøre aktivitetene til en helt vanlig trening der de ikke tenkte at de var annerledes. Det ble snakket om et ønske om å normalisere psykisk helse og psykisk sykdom, da dette er noe alle kommer borti på en eller annen måte.

“alle har jo en psykisk helse og det er jo det, vi må anstrenge oss for å liksom virkelig gjør at dette er normalt” (I1, FG2)

På bakgrunn av at det ikke skal være fokus på sykdom, var noen informanter usikre på om dette ville si at de ikke fikk lov til å snakke om det vanskelige de går igjennom, og kunne kanskje ønske at det ble gjort forskjell på om det var lov til å snakke om det eller om det bare ikke skulle være fokus på sykdom.

“de som ledere ikke spør oss eller snakker om en sykdom når vi er på aktivitet, de kan gjerne gjøre det hvis vi har en samtale alene, men at det er veldig sånn bevisst at det ikke er det som skal være tema på en aktivitet” (I4, FG1)

Mange informanter sa at på flere av de personene som var på trening kunne man ikke se at de slet med noe fordi de virket, som informantene sa, helt normale. Flere snakket om en frykt de hadde når de var på andre aktiviteter utenom psykiatriliansen, som var at noen skulle tro de var unormale. Flere fremhevet at dette var en av grunnene til at det var så trygt å gå på psykiatriliansen sine treninger fordi der var alle i samme situasjon, og ingen så rart på deg om du gjorde noe uvanlig.

“Jeg går på en trening som ikke er psykiatriliansen og der er jeg veldig redd for at noen skal liksom finne ut at jeg er litt annerledes” (I5, FG2)

6.0 Diskusjon

Denne masteroppgaven har som formål å utforske hva deltakere med psykiske lidelser får ut av å delta på aktivitetstilbud som er tilrettelagt for dem. Problemstillingene var:

“Hvordan oppleves det å delta på fysisk aktivitetstilbud for personer med psykiske lidelser?”

Videre ga disse underspørsmålene en innsnevring og fokus til oppgaven:

- *Opplever deltakerne motivasjon og mestring?*
- *Er det sosiale viktig for deltakelse?*
- *Hvilke barrierer oppleves og hvordan håndteres disse?*

Dette kapittelet starter med et sammendrag av resultatene i studien. Deretter blir det en diskusjon rundt de overordnede temaene. Videre vil jeg gå i dybden på disse, der de relateres til teori og tidligere forskning. Resultatene vil så bli satt i sammenheng med helsepsykologi og helsefremmende arbeid generelt. Etter diskusjon rundt resultatene i lys av teori og forskning, vil jeg videre legge fram refleksjoner om forskningsprosessen med en metodetdiskusjon. Til slutt trekker jeg frem noen anbefalinger til praksisfeltet og videre forskning.

6.1 Sammendrag av funn

Hovedfunnene i studien ble delt inn i fem hovedtemaer, etter hva analysen av dataene viste at informantene snakket mest om. Faktorene som ble fremhevet av informantene om deres opplevelse av å delta på aktivitetstilbud var viktigheten av det sosiale i aktiviteten, mestring og utbytte, barrierer for deltakelse, organisatoriske faktorer og viktige elementer for deltakelse.

Under det sosiale fremhevet informantene spesielt hvor godt det var å føle seg som en del av et felleskap. De snakket om hvor viktig det var for dem å ha personer rundt seg som var i lignende situasjon slik at det alltid var forståelse for hverandre. Flere nevnte at de ikke hadde

et særlig sosialt nettverk ellers, men det fikk de når de var med på aktivitet. De opplevde å bli sett av med-deltakere og av aktivitetsledere.

Videre var mestring et gjennomgående tema, der alle informantene var enige om at de opplevde mestring i aktiviteten. Det var en av hovedgrunnene til at de klarte å møte opp og noe de brukte som motivasjon for å delta når dagene var litt ekstra tunge. De positive erfaringene kunne komme fra små eller store opplevelser, der både mestringen de følte i øyeblikket og over lengre tid, ble satt stor pris på. I tillegg var både den fysiske og psykiske helsen blitt bedre etter deltakelse.

Neste tema som kom frem var hvilke barrierer informantene opplevde. De oftest nevnte hindringene var transport, fysisk og psykisk sykdom og økonomi. Transport ble spesielt fremhevet, da å skulle ta offentlig transport ofte skapte usikkerhet og opplevdes som krevende. Flere snakket om at de selv var det største hinderet, noe som kunne gjøre dørstokkterskelen stor.

Informantene fremhevet videre noen trekk ved organisasjonen og ved aktivitetene som viktig. Blant annet spilte instruktørene en stor rolle, da informantene opplevde dem som motiverende og støttende. Det var positivt at instruktørene selv hadde erfaring med psykiske lidelser, og derfor hadde en spesiell forståelse for deltakerne på aktivitetene. De nevnte også at aktivitetstilbudet var et helt unikt sted.

Siste hovedtema gikk ut på hva informantene fremhevet som viktig for deltakelse på aktivitet. Informantene forklarte at den gode kontinuiteten Psykiatricaliansen holdt på aktivitetene sine, gjorde at de selv fikk en bedre rutine i hverdagen. Det gjorde at de hadde noe å se frem til, og forventningen om hva som skulle skje var en motivasjon for å delta. Flere snakket om at det var bra å kunne skape seg gode vaner for fremtiden. De fortalte også at de opplevde det som positivt at det ikke var fokus på sykdom når de var på aktiviteten. De kunne være der som vanlige mennesker. Å delta på aktivitet forklarte flere at var et høydepunkt i uken.

6.2 Resultatdiskusjon

6.2.1 Diskusjon av overordnede tema

Motivasjon er gjennomgående i alle deler av resultatene. Selvbestemmelsesteorien med sine tre behov, autonomi, tilhørighet og kompetanse, som igjen gir motivasjon, viser seg å være svært relevant i denne studien (Deci & Ryan, 1985). Psykiatraliansen har, etter hva informantene fortalte, klart å opprettholde og ivareta disse tre behovene, som igjen har skapt stor motivasjon blant deltakerne på aktivitet. Det å føle støtte, ha et sosialt nettverk og føle mestring var blant de mest nevne grunnene til at de var motiverte til å delta på aktivitet, og ofte grunnene til at de selv på en dårlig dag klarte å komme. I teorien skal dette føre til positive konsekvenser som følelser, handlinger og tanker (Deci & Ryan, 1985). Ettersom informantene fortalte at de følte seg motivert nok til å klare å dra på aktivitet og trosse tunge dager, viser det at motivasjonen førte til handling. De snakket også om at de følte seg glad når de var på aktiviteten og at det var et høydepunkt for dem i hverdagen, noe som igjen betyr at de opplevde positive følelser. Det fikk også konsekvenser via tenking da flere informanter forklarte at på tunge dager tenkte de på hvor gøy og godt det hadde vært på aktivitet sist, og på mestringen de hadde opplevd, noe som gjorde at dro på aktiviteten.

Mestring ble forklart av informantene som en av hovedgrunnene til at de var motiverte til å dra på aktivitet. Det var et element som hjalp dem å bli bedre, ettersom det var godt å føle at de fikk til noe. Mestringsforventning var også svært relevant, da det kunne regulere hvor mye mestring informantene faktisk følte da de var på aktivitet. Hvis de erfarte mestring gjentatte ganger, fikk de troen på og en forventning til at de skulle kunne klare det igjen. Dette er også støttet av forskning (Imsen, 2005; Ussher et al, 2007; Young et al, 2014). Studien til Ussher et al (2007) viste at lav mestringsforventning var en av de sterkeste determinantene for inaktivitet.

Fysisk aktivitet gir en sosial arena, pause fra bekymringer og et meningsfullt fellesskap (Passmore & French, 2000; Halvorsund, Ollivier & Kvarme, 2018). Informantene i egen studie beskrev det også nettopp slik, da de opplevde å få en pause fra problemene og sosial støtte blant med-deltakere og ledere. Mangel på sosial støtte fører ofte til inaktivitet, og personer som opplever et høyere nivå av sosial støtte har også en lavere grad av psykiske plager (Ussher et al, 2007; Achterberg, Kramers & Van Oeres, 2008)

Generelt kan resultatene vise at informantene opplevde positive endringer i både den fysiske og psykiske helsen. Mestringsfølelsen ga spesielt store gevinster for den psykiske helsen, og førte til motivasjon for deltakelse, som igjen var positivt for den fysiske helsen. Forskning støtter dette da flere studier har funnet en positiv effekt av fysisk aktivitet på psykiske lidelser og på den psykiske helsen (Jansson & Anderssen, 2009; Carek, Laibstain & Carek, 2011; Major et al., 2011; Sellereite, Haga & Lorås, 2019).

I denne studien var et av fokusområdene å se på hvilke barrierer deltakere i aktivitetstilbud opplever. De hyppigst nevnte hindringene var fysisk og psykisk sykdom, beliggenhet, transport og stigmatisering. Stigmatiseringen gjaldt da deltakelse på aktiviteter som ikke var tilrettelagte. Transport er ofte en hindring for de med psykiske lidelser, og de opplever ofte at det begrenser hva de kan delta på (Bufdir, 2017). Fysisk og psykisk sykdom ble en barriere gjennom, at de kunne ha lite energi, og føle seg nedstemt. Forskning viser også noen av de samme barrierene som egen studie fant (McDevitt et al, 2006; Ussher et al, 2007; Martinsen, 2011).

6.2.2 Motivasjon og fysisk aktivitet

Motivasjon viste seg som sentralt blant informantene i studien, da det var noe de snakket mye om. Det er en faktor som kan få personer til å begynne eller klare å fortsette med fysisk aktivitet (Martinsen, 2011). I selvbestemmelsesteorien skilles det mellom indre og ytre motivasjon (Deci & Ryan, 1985). Den indre motivasjonen går ut på den drivkraften individet har i seg selv til å utføre en atferd. Her vil det si at personen er fysisk aktiv fordi man liker eller interesserer seg for den aktiviteten man bedriver. Flere informanter i studien fortalte om en interesse for idretten de holdt på med. Noen hadde holdt på med idretten før de ble syk, eller da de var yngre. De fleste hadde også fått en interesse for idretten etter at de hadde vært med på aktiviteten noen ganger, og dermed skapt en indre motivasjon på grunn av deltakelse.

Ytre motivasjon kan være mye forskjellig, blant annet oppmuntring eller straff fra mennesker man har rundt seg (Gjerset et al, 2006). Informantene fremhevet spesielt det sosiale på aktiviteten som svært positivt, og det støttende miljøet var med på å gjøre det lettere å delta på trening. Både andre deltakere og ledere for aktiviteten oppmuntret hverandre.

Informantene fikk oppleve en mestring og en holdningsendring da de forsto at de kunne klare å være i aktivitet og også klarte å mestre den aktiviteten.

Personer som opplever en høyere grad av motivasjon jobber ofte hardere mot å nå et mål (Moe & Martinsen, 2011). Informantene i denne studien har allerede tatt steget for å bli med på aktivitetstilbud, og de har derfor hatt en viss interesse og indre eller ytre motivasjon for aktivitet før de startet. De har forbedret seg på og tatt det første skrittet mot å skape en forandring (Wester et al, 2009). Det kan antydes at personer kanskje ikke har samme utbyttet av aktiviteten dersom de ikke er motivert eller i større grad blir tvunget inn i aktivitet som del av en behandling de selv ikke har interesse av eller har troen på. I et slikt tilfelle ville man kanskje sett en gruppe som hadde liten tro på seg selv og utbytte de kunne få. Dette kunne igjen gitt et dårligere utfall da motivasjon er viktig for fysisk aktivitet, aktiv deltakelse og interesse (Moe & Martinsen, 2011)

Personer som deltar i undersøkelser har ofte meldt seg frivillig på intervensjonene, og dette kan kanskje si noe om graden av interesse og motivasjon med tanke på atferdsendring og fysisk aktivitet. Det kan også vise til at de har tatt første skrittet mot det å skape en forandring og har forberedt seg på dette (Wester et al., 2009). Det at personene allerede virker positive til forandring kan påvirke resultatet. Dette fordi denne positiviteten også kan vise til at de har tro på at de selv kan klare å endre på situasjonen sin og at de har forventninger om at fysisk aktivitet faktisk hjelper. Man ser også at personer som opplever en høyere grad av motivasjon gjerne jobber hardere mot å nå målet og målet er jo det å oppnå forbedring av sykdommen (Moe & Martinsen, 2011).

Fysisk aktivitet kan derfor sies å være mest effektivt som behandlingstiltak for de som har en indre motivasjon, hvis ikke greier de ikke å gjennomføre i tilstrekkelig grad (Moe & Martinsen, 2011). Informanter i egen studie har allerede hatt en form for motivasjon for å delta, ettersom det er frivillig for dem å være med på aktivitet. Derfor kan det ikke tolkes fra egen studie at dårlig motivasjon fører til dårlig innsats. På den annen side fortalte informantene at de på dårlige dager kunne være lite motivert til å være i aktivitet og sosial. Grunnen til at de ofte klarte dette likevel var på grunn av tidligere mestring og det gode sosiale miljøet på aktiviteten.

6.2.3 Mestring og fysisk aktivitet

Et av selvbestemmelsesteoriens tre grunnleggende behov er kompetanse (Deci & Ryan, 1985). Kompetanse vil si individets behov for å føle at de strekker til og at de føler mestring. Informantene fremhever mestring som avgjørende for deres deltakelse på aktivitet. Den ligger til grunn for motivasjon for deltakelse, for hvor gøy de har det på aktivitet, og for hvordan de føler seg både før, under og etter aktiviteten.

Mestring er sentralt i sosial kognitiv læringsteori, gjennom begrepet mestringsforventning. En studie viste at mestringsforventning og målet med handlingen var hyppigst assosiert med fysisk aktivitet og at sosial kognitiv læringsteori kunne forklare 31% av variansen i fysisk aktivitet (Young et al, 2014). Graden av mestringsforventning avgjør hva man velger å gjøre, hvor utholdende man er i utførelsen, og hvordan man reagerer (Martinsen, 2011). Informantene i egen studie fortalte at de i begynnelsen av deltakelsen ikke hadde så mye tro på at de skulle kunne mestre aktiviteten, men at de etter hvert så at de fikk det til og fikk mer tro på seg selv. Dette igjen førte til at noen fikk høyere krav til seg selv, og en høyere forventning til hva de skulle kunne mestre, noe som kunne hindre dem i å delta. Dette fordi de hadde en dårlig dag og var redd de ikke skulle klare det de forventet å klare. Her blir derfor begrepet mestringsforventning viktig, da det i noen tilfeller kan regulere hvor mye mestring deltakerne i aktivitetene opplever etter hva slags forventning de har til det.

Studier har vist at mestringsforventning er assosiert med fysisk aktivitet (Young et al, 2014). Forventningen man har til en aktivitet vil være med på å avgjøre hvordan resultatet blir, og disse forventningene styres av erfaring, selvoppfatning og i hvilken setting aktiviteten skjer i (Imsen, 2005). Informantene i egen studie snakket om at erfaringen av mestring gjentatte ganger gjorde at de fikk troen på at de kunne mestre igjen. Dette skapte en positiv og høyere grad av mestringsforventning, som informantene fremhevet som viktig for motivasjonen.

6.2.4 Viktigheten av det sosiale fellesskapet

Selvbestemmelsesteorien forklarer tre grunnleggende behov, der et av dem er individets behov for tilhørighet (Deci & Ryan, 1985). Det vil si at personen føler en sosial tilknytning til gruppen, føler seg som en del av et fellesskap og føler seg respektert og akseptert. Mange nordmenn føler seg ensomme (Helsedirektoratet, 2014). Deltakelse i et aktivitetstilbud kan få flere ut av ensomheten og gi sosial støtte til deltakerne. Lite sosial støtte og få

mestringsopplevelser er noen av de viktigste faktorene for utvikling og opprettholdelse av psykiske plager, ifølge en rapport fra folkehelseinstituttet (Myklestad, Rognerud & Johansen, 2008). Mange brukere er ensomme, isolerer seg og har lite aktivitet, nettverk, mestring og mening i hverdagen. Videre har forskning vist at personer som lever alene generelt har dårligere helse enn de som bor sammen med noen (Luanaigh & Lawlor, 2008).

Fysisk aktivitet har blitt vist å bidra til en sosial arena og en pause fra bekymringer (Passmore & French, 2000). Dette bekreftes i egen studie, og er noe som ble fremhevet av informantene. De fortalte om hvor godt det føltes å få en pause fra tankekjøret, og at den fysiske aktiviteten også gav dem et støttende sosialt nettverk. Personer som opplever et høyere nivå av sosial støtte har en lavere grad av psykiske plager (Achterberg, Kramers & Van Oeres, 2008). Dette kan være noe av grunnen til at informanter i egen studie har fått det bedre etter å delta på aktivitet.

Forskning har vist at pasienter til behandling for psykiske lidelser, opplever et stort fokus rundt behandling og ikke på miljøet rundt (Lauveng, Tveiten, Ekeland & Torleif, 2016). Dette førte til at de opplevde lite til ingen positiv utvikling, fordi fokuset på lidelsen tok opp plassen. Studien konkluderte med at fokuset heller burde ligge på å tilby et godt sosialt miljø gjennom stabile forhold, indre motiverte aktiviteter og støtting av personlige valg, aksept og utvikling (Lauveng et al, 2016). I egen studie kan dette bekreftes som et godt fokusområde, da informantene forklarte disse elementene som noe av det positive ved aktivisten. De fortalte at de synes det var godt at det ikke var noe fokus på sykdom når de var på aktivitet. Det var heller ikke fokus på at aktiviteten skulle være en behandling, men bare at de skulle ha det gøy, være i aktivitet og være sosiale. I lys av forskningen til Lauveng et al (2016) kan det sies at å ta vekk fokuset fra den psykiske lidelsen og behandlingen av denne, kan være positivt for deltakerne. Forskningen viser videre til at å støtte utvikling var svært viktig (Lauveng et al, 2016). I egen studie kan dette sees ved at informantene fremhevet støtten de fikk av med-deltakere og ledere som spesielt viktig. De sa at å få ros og føle at de ble savnet om de ikke dukket opp på aktiviteten var en god følelse. Videre forklarte de at utviklingen de fikk ved å bli bedre i aktiviteten og et bedre sosialt liv, ga dem mye mestring. Dette førte igjen til at de fikk personlig utvikling og følte seg bedre psykisk og fysisk.

Informantene i egen studie fortalte at deltakelse på aktivitetstilbudet ga dem en følelse av å tilhøre et fellesskap. De beskrev dette som en opplevelse av glede, at de hadde det gøy

sammen og heiet hverandre fram. Det var et fristed der de kunne være sammen og bare være seg selv. Betydningen med å ha et meningsfullt fellesskap er støttet av forskning gjort på et lignende tiltak som heter Fontenehuset (Halvorsrud, Ollivier & Kvarme, 2018). På dette tiltaket er fokuset arbeid og ikke fysisk aktivitet, men tilbudet er for personer med psykiske utfordringer. Uten dette tiltaket hadde deltakerne vært ensomme, uten arbeid og syke. Etter deltakelse hadde de fått et meningsfullt sted å være og et inkluderende fellesskap med likeverdige mennesker. Det opplevdes som spesielt viktig at de andre hadde en forståelse for hva de hadde gått igjennom (Halvorsrud, Ollivier & Kvarme, 2018). Dette kan bekreftes i egen studie da flere informanter trakk det fram som særdeles viktig at personene i fellesskapet hadde lignende utfordringer som en selv, da mange trengte personer i livet sitt som kunne forstå hva de hadde gått igjennom. I tillegg fortalte de at det opplevdes som vesentlig at lederne på aktivitetene hadde egen erfaring med psykiske lidelser. Denne forståelsen gjorde at de lettere kunne stole på at de følelsene lederne viste og det de sa, faktisk var sant.

Informantene i egen studie fortalte at å delta på aktivitet ga dem litt fri fra tankekjøret og minsket fokuset rundt sykdom og psyken. Fysisk aktivitet kan fungere som en distraksjon, som bekreftet av egen studie, da man unngår å gruble over egne tanker og følelser (Martinsen, 2011). Aktiviteten er et tilbud for de med psykiske lidelser som ønsker å være aktive, og er derfor ikke en behandling av lidelsen. Det er viktig å påpeke at selv om informantene ønsket at personene skulle ha en forståelse for og egen erfaring med psykiske lidelser, fortalte informantene at det var enda viktigere at det ikke var fokus på sykdommen. Hvis det hadde vært det så kunne det ha motsatt effekt og de kunne bli mer slitne av å være på aktivitet. De sa at de hadde nok med sitt eget og det kunne da bli litt mye hvis de måtte høre lenge på andre sine problemer også. Egen studie viser derfor at det var fint å ha muligheten til å snakke om problemer med at det ikke var ønskelig at det skulle være fokus på det.

6.2.5 Fysisk og psykisk utbytte av aktivitet

Tall fra folkehelseinstituttet viser at depressive lidelser og angstlidelser en nummer 3 og 4 på den ti viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap i Norge (Knudsen et al, 2017). Den viser også at lav fysisk aktivitet er den syvende viktigste risikofaktoren når det gjelder dødsårsaker i Norge. Personer med psykiske lidelser har en høyere forekomst av somatiske sykdommer

og lever også kortere enn andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Det burde derfor være enda mer fokus på å få dem i aktivitet, for å forebygge fysiske sykdommer.

Informantene i denne studien snakket om det positive utbyttet de hadde fått av å delta på aktivitet. Flere nevnte at de hadde blitt i bedre form og mestret den enkelte aktiviteten bedre. De fortalte også at de hadde fått mer energi etter at de regelmessig deltok på aktivitet.

Personer med psykiske lidelser har en større sannsynlighet for å utvikle fysiske lidelser og for tidlig død (Reneflot et al, 2018). Mer aktivitet kan redusere sykdommer som kommer av dårlig livsstil, og aktive mennesker har lavere risiko for å utvikle psykiske lidelser, blodpropp, fedme og beinskjørhet (Jansson & Anderssen, 2009). Fysisk aktivitet vil derfor være relevant for personer med psykiske lidelser kun basert på det fysiske utbyttet.

Forskning har vist at fysisk aktivitet kan være positivt for flere ulike psykiske lidelser. Det er her spesielt sett på de psykiske lidelsene med høyest forekomst i Norge som er angst, depresjon, misbruk eller andre former for avhengighet (Martinsen, 2011; Reneflot et al, 2018). Forskning har vist at fysisk aktivitet er fordelaktig for personer med disse lidelsene, der noen av de viktigste faktorene for dette var påvirkningen aktivitet har på biologiske og psykologiske mekanismer, oppnåelse av riktig mengde aktivitet og mestringsfølelse (Anderson & Shivakumar, 2013; Sellereite, Haga & Lorås, 2019). Det ble også sett at meningsfulle aktiviteter der det legges opp til å skape nettverk, kontinuitet og respekt var viktig (Ness et al, 2013). En studie gjort på personer med schizofreni viste at fysisk aktivitet bedret den psykiske helsen også for denne gruppen (Bjørnstadjordet, 2009). På bakgrunn av dette kan det antydes at fysisk aktivitet er fordelaktig for både lette, moderate og mer alvorlige former for psykiske lidelser. Det kan fungere både som en behandling alene og som en tilleggsbehandling for ulike lidelser. Egen studie bekrefter også dette da informantene har varierende problematikk, men likevel fortalte at deltakelse i aktivitet har hjulpet dem både fysisk og psykisk. Det ble ikke innhentet informasjon om informantenes psykiske lidelser, men det antas her at problematikken var noe varierende ut i fra intervjuene og forskers observasjon av informantene. Informasjon fra ledere på aktivitetstilbudene gav også inntrykk av at det generelt var en svært varierende grad av psykiske lidelser på aktivitetene.

Både tidligere forskning og egen studie viser at fysisk aktivitet en nytte for den psykiske helsen. Blant annet har det blitt vist å kunne gi positive effekter på den psykiske helsen som økt velvære, redusert stress og uro, mestring, og å forebygge og redusere lettere psykiske

lidelser som angst og depresjon (Carek, Laibstain & Carek, 2011; Major et al., 2011). Dette sees også i egen studie da informantene trakk fram flere positive effekter aktiviteten hadde hatt på deres psykiske helse. Hovedsakelig snakket de om at de følte seg bedre og at noen symptomer på deres psykiske lidelse var blitt bedre. Følelsen av mestring ga spesielt store psykiske gevinster. Å dra på aktivitet ble forklart som å gjøre dagen bedre, og gjorde dem bedre rustet til å takle utfordringer i hverdagen.

Påvirkningen fysisk aktivitet har på den psykiske helsen kan avhenge av mange ulike faktorer. Blant annet kan aktiviteter med høyt aktivitetsnivå og musikk virke oppkvikkende, mens rask gange eller andre rolige former for aktivitet kan ha en beroligende effekt (Shepard, 2006). Kvantiteten av fysisk aktivitet er også en påvirkningsfaktor da både for mye og for lite kan gi en negativ effekt (Kim et al, 2012). Forskningen til Kim *et al* (2012) viste også at friskere og mer aktive personer i gjennomsnitt hadde bedre psykisk helse. Samtidig er det vanskelig å si om fysisk aktive personer har bedre psykisk helse fordi de er aktive, eller om de er mer aktive fordi de har bedre psykisk helse.

Forskning har vist at trening kan ha en effekt både på utbredelse, forekomst og forløpelse av psykiske lidelser (Ten Have, de Graaf & Monshouwer, 2011). Det viste blant annet raskere tilfriskning for personer med psykiske lidelser. Egen studie kan antyde at dette også stemmer for egen gruppe, da flere informanter forklarer en bedring i symptomene for deres psykiske lidelser som høyere energinivå, mer motivasjon og økt glede. På den annen side kan på bakgrunn av egen studie ikke sies at de har raskere tilfriskning enn personer som ikke er med på aktivitetstilbud, da den ikke sammenlignet med slike grupper.

6.2.6 Barrierer for å delta på aktivitet

Tidligere forskning har vist at de viktigste barrierene for deltakelse i fysisk aktivitet var symptomene for den psykiske lidelsen, medisiner, vektøkning på grunn av medisiner, frykt for diskriminasjon og sikkerhet (McDevitt et al, 2006). Forskningen antydet at barrierene er annerledes for den generelle befolkningen, da den gruppen ofte beskriver det som for lite tid og at de har andre prioriteringer. Flere informanter i egen studie trakk fram at symptomene for den psykiske lidelsen kunne være en stor barriere. Flere fortalte om symptomer som vonde tanker, lite energi og nedstemthet. De fortalte også om flere bivirkninger av psykiske lidelser som kunne føre til hindringer der de blant annet nevnte isolasjon og å komme over

dørstokkterskelen. Egen studie fant derimot ikke alle de viktige barrierer som McDevitt *et al* (2006) forklarer, da egne informanter ikke nevnte medisiner, vektøkning eller diskriminasjon som grunner for å ikke delta. På den annen side fortalte noen informanter at diskriminasjon var en av barrierene for å delta på aktivitetstilbud som ikke var spesielt tilrettelagt. Noen sa at når de var på vanlige aktiviteter var de redd for å dumme seg ut, eller gjøre noe rart på grunn av den psykiske lidelsen og dermed bli sett rart på eller ekskludert. Dette opplevde de imidlertid ikke på aktivitetene til Psykiatraliansen, og det er grunn for å tro at de heller ikke ville opplevd det på andre aktivitetstilbud som er tilrettelagt de med psykiske lidelser. Dette fordi det var personene som ble beskrevet som “*normale*”, som de var redde for ikke skulle forstå.

McDevitt *et al* (2006) viste til at deres deltakere så positivt på fysisk aktivitet, og at de koblet dette med forbedret psykisk helse. En annen studie bekrefter dette da de fant at det var stor interesse blant psykiatriske pasienter på å være mer aktive (Ussher *et al*, 2007). Videre trodde også pasientene på fordelene ved å være i fysisk aktivitet og likte det. Egen studie viste at informantene også her var positive til at aktivitet skulle være bra for dem, men ikke alle hadde hatt troen på det fra starten av. Noen var redd for at nivået på trening skulle være for høyt, at det ikke skulle hjelpe og at de ikke skulle passe inn. I begynnelsen opplevdes dette som en barriere for å delta på aktiviteten. Deltakelse forandret dette synet, og de opplevde en aksept på tross av lidelse og nivå på aktivitet. Likevel antyder dette at negative tanker om aktiviteten kan føre til en utrygg start, eller til og med hindre deltakelse. Det kan videre føre til spørsmålet om en positiv holdning til aktivitet fører til et bedre utbytte av den.

En av barrierene for å delta på aktivitet var transport. Dette var også en av de hyppigst nevnte hindringene. Statistikk fra Barne-ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) om tilgang til transport og bruk av kollektiv transport viste at 36% av personer innen psykisk helse ikke tok offentlig transport på grunn av angst (Bufdir, 2017). Manglende transport hindret 20% i å delta på aktiviteter og like mange opplevde at det ofte begrenser hvilke de kan delta på. Flere opplever å føle seg som en belastning når de ikke tok kollektivtransport, noe som kan føre til at de unnlater å spørre relasjoner om transport. Det ender da opp med at de ikke deltar på aktiviteten i det hele tatt (Bufdir, 2017). Informanter i egen studie rapporterte om det samme, og transport kom stadig opp som en hindring. Det var både en utrygg faktor, og det kunne være ubehagelig sosialt.

Symptomer for psykiske lidelser kan oppfattes som en barriere for å delta på aktivitetstilbud. Personer med psykiske lidelser kan ofte ha symptomer som blant annet tretthet, mangel på energi, søvnforstyrrelser og vektproblemer (Martinsen, 2011). Dette bekreftes av egen studie da informantene trakk frem at de selv var det største hinderet for å delta på aktivitet. I en forskningsstudie rapporterte deltakerne at hvis de følte seg trist eller stresset, og fikk lite eller ingen sosial støtte så hadde de liten motivasjon til å trene (Ussher et al, 2007). Mangel på sosial kontakt førte ofte til inaktivitet, og lav mestringsforventning var en av de sterkeste determinantene for inaktivitet generelt. Egen studie viser at å føle mestring og sosial kontakt var noe av det viktigste for å delta på aktivitetstilbud og for å være fysisk aktiv. Det kan derfor tenkes at lite sosial kontakt og mestringsfølelse ville ført til det motsatte, som vist i Ussher *et al* (2007) sin studie. Videre kan det antyde at negative symptomer for psykiske lidelser kan føre til inaktivitet.

Informantene i egen studie ønsket å unngå ensomhet og isolasjon, da det kunne føre til at det ble vanskeligere å være sosial igjen om de først ble isolert. Hvis det først hadde gått så langt slik at de følte seg isolert, ble dette oppfattet som en stor hindring for å ut i samfunnet igjen. Forskning viser til at for å redusere ensomhet er det viktig å blant annet fremheve sosial støtte og øke muligheter for sosial kontakt (Masi et al, 2011). Det vises til at ensomme mennesker har en tendens til å fokusere på de negative aspektene ved sosiale hendelser, og derfor oppfører seg på måter som svarer til deres negative forventninger. Disse negative aspektene kan oppleves som hindringer til å delta sosialt. Det er derfor viktig å forebygge ensomhet og isolasjon gjennom å gi individene et sosialt nettverk. Dette sosiale nettverket kan oppnås på ulike fritidsaktiviteter, som vist i egen studie har deltakelse på aktivitetstilbud ført til et godt og trygt sosialt nettverk for informantene.

6.2.7 Sammenligning med lignende tilrettelagte tilbud

Tidligere i denne oppgaven ble det informert om forskning gjort på fire lignende tilbud som aktivitetstilbudet forsket på i egen studie. Disse tilbudene var “Aktiv på Dagtid”, Fontenehuset, FIRE og Steg for Steg (Heggdal, 2010; Ness et al, 2013; Halvorsrud, Ollivier & Kvarme, 2018; Sellereite, Haga & Lorås, 2019). Ikke alle hadde fysisk aktivitet som tilbud, men alle var tilrettelagte for personer med psykiske lidelser og rusproblematikk, med fokus på et godt sosialt nettverk, og meningsfulle oppgaver og aktiviteter. Det kan trekkes svært mange likheter mellom funn fra egen studie, og funn fra forskning på disse tilbudene. Aller

tydeligst var viktigheten av det sosiale fellesskapet. Deltakelse gjorde at de gikk fra å være ensomme til å føle seg inkludert i en trygg sosial setting. De fortalte om frykten for ensomhet og isolasjon, og at deltakelse på aktivitetstilbudet gav dem en flukt fra dette gjennom det sosiale fellesskapet som de alle satte så pris på. Informantene i egen studie beskrev mye det samme, spesielt viktigheten av det trygge sosiale fellesskapet med likesinnede.

I egen studie fortalte informantene at det var godt å være i et fellesskap med likeverdige der alle hadde en forståelse for hverandre, der både ledere og deltakere hadde en erfaring med psykiske lidelser. Dette fant også noe av forskningen på lignende tilbud (Ness et al, 2013; Halvorsrud, Ollivier & Kvarme, 2018; Sellereite, Haga & Lorås, 2019). I Steg for Steg var et av hovedfunnene at deltakerne opplevde å bli møtt med respekt og verdighet, der de følte seg godtatt akkurat slik som de er (Ness et al, 2013). Forskningen på Fontenehuset viste til at et meningsfullt fellesskap med likeverdige kunne gi en mykere overgang tilbake til samfunnet (Halvorsrud, Ollivier & Kvarme, 2018). Videre viste funnene fra forskningen på FIRE at deltakerne oppleve en form for normalisering (Sellereite, Haga & Lorås, 2019). Det ble gjort funn rundt normalisering i egen studie også, da informantene forklarte at de følte seg normale når de var på aktivitet, mye fordi det ikke skulle være et fokus på sykdom. De mente at psykisk helse var noe som burde jobbes for å gjøres normalt, da det var noe som angikk alle.

Videre ble det fremhevet i flere av studiene at mestringsfølelsen var viktig. Noen kjente på mestring i hverdagen fordi de hadde fått hjelp til å fungere bedre, og andre opplevde mestring i aktivitet fordi de fikk til noe (Ness et al, 2013; Sellereite, Haga & Lorås, 2019). Det ble fortalt at det å være med på aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte, gjorde at de opplevde mestring. Dette bidrar igjen til at de ønsket å utvikle seg i aktiviteten. Et av hovedtemaene i egen studie omhandlet nettopp dette, da informantene fortalte at å føle mestring var essensielt for at de fikk motivasjon for å delta på aktivitet. Mestring ble spesielt beskrevet som noe som gjorde at de gikk fra å være usikre på om tilbudet var noe for dem, til å synes det var gøy, føle at de passet inn og føle at de var flinke i aktiviteten.

I egen studie ble det å ha fått en rutine i hverdagen fremhevet som en svært positiv effekt av å delta på aktivitet. De snakket om at de alltid hadde noe å glede seg til, og at den gode og ofte kontinuiteten av tilbud var viktig. Dette ble ikke nevnt i alle tilbudene, men i Steg for Steg ble det forklart som en av de viktigste utfallene (Ness et al, 2013). Der var et av hovedfunnene at deltakerne hadde fått kontinuitet og stabilitet i livet sitt.

6.2.8 Fysisk aktivitet i lys av helsepsykologi

Teorier innenfor helsepsykologien forteller oss at fysisk aktivitet i en sosial setting, der mestring og kontroll over eget liv blir stimulert, vil være et positivt tiltak (Espenes & Smedslund, 2017). Å delta på aktivitet forklares som å gi deltakerne en mulighet for sosial omgang. Det samme kom fram i egen studie da informantene fortalte om det positive sosiale utbyttet de fikk av å delta på aktivitet. Fagfeltet helsepsykologi viser videre at et solid sosialt nettverk er bra for helsen (Espenes & Smedslund, 2017). Også her viser egen studie til at informantene følte seg bedre både fysisk og psykisk, og at de var glade for å ha et sosialt nettverk i aktiviteten. Teoretiske modeller i helsepsykologien beskriver visere et om mål å bruke helsefremming og forebygging til å gi individer kontroll over eget liv og mestringsfølelse (Espenes & Smedslund, 2017). Den sier at fysisk aktivitet har flere positive effekter på det psykiske området, som blant annet rammer velvære og livskvalitet. Informanter i egen studie beskriver en mestringsfølelse gjennom fysisk aktivitet, og en større følelse av velvære.

Sosial-kognitiv læringsteori tar for seg de ulike determinantene som påvirker en persons helseatferd. Her fremheves de spesielt at faktorene atferd, person og miljø er viktige påvirkninger på helseatferden (Bandura, 1977). For å få til en helseatferd, som her er fysisk aktivitet, kan det da være nødvendig med endringer i en eller flere av disse determinantene. Man må få en endring i individet, gjennom at personen selv må være motivert for å være fysisk aktiv og tenke at det er bra for dem å være det. Da skaper man en holdningsendring. Det er også viktig å påvirke miljøet, gjennom å omringe seg med personer med positiv innvirkning mot målet, og ha omgivelser som motiverer til fysisk aktivitet. Man må også få en endring i atferd, med at individet faktisk deltar på aktivitetstilbud (Bandura, 1977). Informantene i egen studie har forklart at de er motiverte for å delta, på grunn av tidligere erfaringer med mestring i aktivitet og det gode sosiale miljøet som er på aktiviteten. De har fått et nytt sosialt nettverk på disse aktivitetene, og nye omgivelser som motiverer til fysisk aktivitet. Flere fortalte at de ønsket en endring, men at de i starten var usikre på om dette var noe for dem og om det var noe de kunne klare. Gjennom deltakelse på aktivitetene opplevde de en endring i både atferd og miljø, som igjen førte til en endring i person ved at de fikk troen på at de kunne klare det.

6.2.9 Betydningen av helsepolitiske føringer for deltakelse i aktivitetstilbud

Føringer i helsepolitikken i dag legger vekt på at det skal tilrettelegges for meningsfulle aktiviteter og mestringsopplevelser, samt å legge til rette for at individet får utvidet og utviklet sitt sosiale nettverk (Helse- og omsorgsdepartementet 2011–2012; Helsedirektoratet, 2011). Mennesker med fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse har de samme behov for, og rettighetene til, meningsfulle aktiviteter, kulturtilbud og lignende som andre i samfunnet har. Det er derfor disse tilrettelagte lavterskeltilbudene eksisterer. I Bergen kommune sin plan for økt fokus på psykisk helse og et inkluderende samfunn, viser de til at det skal satses på mestring, selvstendighet og personlig vekst for individer (Bergen kommune, 2016). Det skal også være muligheter for å delta på meningsfulle aktiviteter, samt ha en tilhørighet til sosiale nettverk. Det skal bli flere ansatte med brukererfaring, og brukervedvirkning i planlegging og utvikling av tilbudene skal arbeides med. Disse tiltakene viser egen forskning at går igjen i gjeldene aktivitetstilbud. De har ledere med brukererfaring, og trener opp deltakerne på aktivitet til å bli aktivitetsledere. Ifølge informantene i denne studien ble det skapt en arena for meningsfylt aktivitet, muligheter for mestring og en sjanse til å opprette sosiale forhold. De fleste informantene fremhevet nettopp dette som viktig for deltakelse på aktivitet: mestringsopplevelsen og fellesskapet. Informantene fortalte om personlig vekst og en økende følelse av selvstendighet. Tilrettelagte aktivitetstilbud kan derfor sies å være et godt eksempel på tilretteleggingen politiske føringer ønsker fokus på. Det kan også antyde at planen til Bergen Kommune blir fulgt opp, i alle fall i denne organisasjonen.

Politiske føringer innenfor helse har ikke lenger like stort fokus på å helbrede sykdom som det den hadde før. I nyere tid har det derimot blitt et økende fokus på å fremme en god fysisk og psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet 2011–2012; Helsedirektoratet, 2011; Bergen kommune, 2016). Dette fordi sykdommene som topper statistikken over folkehelseutfordringer i dag er blant annet psykiske lidelser og livsstil-relaterte sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Sykdommer innenfor disse kategoriene kan ofte forebygges og bli unngått dersom man fremmer en god psykisk og fysisk helse i samfunnet. Informantene i egen studie snakket mye om hva slags utbytte de fikk av å delta på aktivitet, og under dette blir bedring i psykisk og fysisk helse ofte nevnt. Alle informantene har en erfaring med psykiske lidelser, og flere har også fysiske plager på grunn av dette. De fortalte at disse lidelsene og plagene har blitt bedre siden de har blitt mer fysisk aktive. Spesielt fremhever informantene hvor godt det er for den psykiske helsen å være i et trygt fellesskap,

samtidig som de får trent og tenkt på noe annet en stund. Dette kan antyde at det økende fokuset på å fremme god fysisk og psykisk helse har fungert i denne gruppen.

6.2.10 Fysisk aktivitet som helsefremmende tiltak

Ottawa charteret forklarer helsefremmende arbeid som prosessen som muliggjør forsterket kontroll og forbedrer helsen til folket (WHO, 1986). Ottawa-charteret er sentralt i helsefremmende arbeid, da den kom med fem satsningsområder for hvordan man skal utøve helsefremmende arbeid. Disse var : 1) å bygge opp en sunn helsepolitikk, 2) å skape et støttende miljø, 3) å styrke lokalmiljøets muligheter for handling, 4) å utvikle personlige ferdigheter, 5) å tilpasse helsetjenesten (WHO, 1986). Det er tydelig at et slikt tilrettelagt aktivitetstilbud som egen studie undersøker, kan plasseres inn i Ottawa-charteret sine satsningsområder. Det legges til rette for mestring og et støttende miljø gjennom meningsfulle aktiviteter, som er en del av satsningen i helsepolitikken i dag (Helse- og omsorgsdepartementet 2011–2012; Helsedirektoratet, 2011; Bergen kommune, 2016). Dette støttes i informantenes utsagn da de opplevde et svært støttende miljø og mestring gjennom aktivitetene. De fortalte at det var en trygg plass der de kunne være seg selv, samtidig som de hadde det gøy. Det var også mange ansatte og aktivitetsledere med brukererfaring, noe informantene fremhevet som spesielt positivt da det skapte en dypere forståelse. Den lokale politikken fokuserer også på dette, da de ønsker en økning av ansatte med egenerfaring med psykisk helse (Bergen kommune, 2016).

Det legges opp til både personlig og sosial utvikling i de tilrettelagte aktivitetene.

Informantene fortalte om at de hadde fått bedre rutiner i hverdagen, bedre helse og kontroll over den, og et større sosialt nettverk. I satsningsområdene vises det til at helsefremmende arbeid skal gi muligheter for å utvikle personlige og sosiale ferdigheter (WHO, 1986). Det skal også være et helsefremmende fokus i helsetjeneste, noe som blir opprettholdt gjennom samarbeid med helsetjenesten der pasienter ved distriktpsykiatriske sentre får delta på tiltaket. Flere av informantene ble med på tiltaket på denne måten, og var svært glade for at de fikk muligheten til det. Noen forteller at de måtte oppsøke informasjon om dette på egenhånd, da de ikke fikk informasjon om dette på stedet de var innlagte. Det kan derfor antyde at helsetjenesten fortsatt har en jobb å gjøre for å sikre at de jobber helsefremmende, og informerer om helsefremmende tiltak til pasientene

6.3 Refleksjoner rundt forskningsprosessen

6.3.1 Utvalg og rekruttering

Jeg prøvde å skaffe et utvalg som ville være mest mulig representativt for gruppen jeg forsket på. Jeg valgte derfor å rekruttere fra fire ulike aktiviteter, og ha et bredt spenn i alder samtidig som begge kjønn skulle være godt representert. På den annen side var alle informantene interessert i å delta og ønsket å fortelle om deres opplevelser, derfor var det ikke et tilfeldig utvalg og det vil derfor ikke bli like representativt. I kvalitativ forskning må man belage seg på at informantene tar initiativ eller viser interesse, og det krever også ofte mer av dem å være på et intervju enn å ta en kvantitativ spørreundersøkelse (Kvale og Brinkmann, 2011). Det kan derfor tenkes at man kunne fått et annet resultat gjennom et tilfeldig utvalg.

I tre av fire intervjuer var det aktivitetsledere inkludert som informanter. Dette kunne vært regnet som mindre gunstig, da det kunne ført til at informantene ikke turte å snakke fritt. I ett av intervjuene opplevde jeg at aktivitetsleder styrte samtalen litt i starten, men det ga seg etter hvert. I dette intervjuet måtte aktivitetsleder reise halvveis i intervjuet, og var derfor ikke tilstede i hele tiden. Etter leder var dratt opplevde jeg ikke noen endring i informantene, ei heller på hva de sa. Dette kan være fordi aktivitetsleder visste hvem som deltok i studien, eller fordi de følte seg trygge til å være åpne enten om leder var der eller ikke. Ett av intervjuene hadde ingen leder tilstede, og det opplevdes ingen stor forskjell på denne gruppen enn på de tre andre. Det oppleves også at det er stor åpenhet mellom ledere og deltakere generelt, og jeg vurderte derfor at jeg kunne inkludere aktivitetsledere på intervjuene.

På grunn av en sårbar gruppe valgte jeg å bruke lang tid på rekruttering for å skape tillit til deltakerne på aktiviteten. Jeg deltok på fire utvalgte aktiviteter i fire uker, der jeg ikke fokuserte på oppgaven, men på at vi skulle ha det gøy sammen og at jeg skulle bli litt en del av gruppen. Jeg håpet at dette skulle føre til at informantene følte seg tryggere med å skulle delta på intervju, og at de skulle føle seg mer komfortable med å fortelle meg hvilke opplevelser de hadde hatt rundt aktiviteten. Etter å ha deltatt på aktivitetene noen ganger, virket deltakerne mer komfortable med meg, og behandlet meg som en av dem. Jeg opplevde også at de snakket fritt og åpent på intervjuene. Personlig synes jeg de virket trygge, og jeg har ikke fått noen indikasjon i ettertid på at noen følte noe annet.

6.3.2 Intervjuene

På grunnlag av intervju typen fokusgruppe var det naturlig å oppfordre informantene til å diskutere seg i mellom, der jeg prøvde å holde meg litt utenfor samtalen. Dette viste seg vanskelig i starten av intervjuet da informantene var litt usikre, og ofte henvendte seg til meg, men etter hvert som de ble mer komfortable kunne samtalen ofte gå lenge kun mellom dem. Jeg prøvde å påvirke informantens svar så lite som mulig, og prøvde derfor å si lite utenom spørsmålene, og ikke komme med bekreftelser som ellers er vanlig i samtale. Dette viste seg å være lettere utover i intervjuene, da jeg fikk mer erfaring som intervjuer.

Opplevelsen av informantene var at de fleste var pratsomme og ønsket å dele sin erfaring. Det var noen som pratet mer enn andre, men det var stort sett enighet rundt de utsagnene som kom frem. De som pratet mindre kom med bekreftelser på enighet i det de andre informantene formidlet. Jeg var opptatt av å få alle informantene med i samtalen, men prøvde å la være å presse dem til å prate. Jeg brukte blikket som en metode for å inkludere alle, og for å få enkelte til å føle seg sett og at jeg ønsket å høre hva de hadde å si.

Den etiske godkjenningen viste seg å bli vanskelig på grunn av at jeg skulle forske på en sårbar gruppe. Jeg måtte derfor unngå å stille spørsmål om deres psykiske lidelser. Dette kan ha hindret at informantene fikk gå i dybden på hvordan de følte seg og hva slags psykiske påvirkninger aktiviteten hadde gitt dem. Videre hindret dette meg i å kunne se hvordan fysisk aktivitet påvirket de ulike lidelsene, og om det var noe forskjell på grad og type lidelse.

6.4 Anbefalinger til praksisfeltet

I norske storbyer har 4.24/1000 innbyggere behov for omfattende tjenester, tilsvarende rundt 15 timer per uke og/eller et hjelpebehov vurdert til mellom 300 000 og 500 000,- per år, pluss kostnader i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008). Estimert kostnad blir da over 350 millioner kroner. På bakgrunn av dette kan deltakelse på fysisk aktivitetstilbud gi flere kostnadsbesparelser. I følge statistisk sentralbyrå ønsker 40 % av mennesker med fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse å delta i flere sosiale aktiviteter (Ramm & Otnes, 2013). En del av disse kunne hatt nytte av ulike aktivitets- og kurstilbud som allerede er tilgjengelig i kommunen. Det er en utfordring å få flere ut i aktivitet, men det er en oppgave praksisfeltet burde ta på seg ettersom det har en såpass stor gevinst å være fysisk aktiv.

Fysisk aktivitet har blitt vist å ha positive effekter på psykisk helse og psykiske lidelser (Ströhle, 2009; Carek, Laibstain & Carek, 2011; Major et al., 2011; Underland, Holte & Vist, 2018). Det er viktig å påpeke at mengden fysisk aktivitet også er viktig, da både for mye og for lite kan ha ugunstig effekt. For lite kan føre til liten eller ingen effekt, og for mye kan føre til avhengighet, og andre lidelser som for eksempel spiseforstyrrelser. En studie fant at mellom 2.5 og 7.5 timer med aktivitet i uken var det optimale for å få mest mulig positiv effekt på den psykiske helsen (Kim et al, 2012). Informanter i egen studie var aktive på 1 til 4 aktiviteter i uken, og rammer noenlunde innenfor denne anbefalingen. De opplevde en positiv effekt på psyken og en bedring av symptomene fra de psykiske lidelsene. Det kan derfor antydes at egen forskning støtter opp under anbefalingen. For å få en effekt på den fysiske helsen er det anbefalt med 30 minutter aktivitet hver dag (Jansson & Anderssen, 2009). Egen studie viser at deltakelse på aktivitet kan motivere til å være mer aktiv og noen fortalte også at de hadde fått et bedre kosthold på grunn av dette. På bakgrunn av dette anbefales det å oppfordre til meningsfull aktivitet, som faller innenfor tidsrammene som gir mest gunstig utbytte.

Informantene i denne studien forklarte at en av de største barrierene for å delta på aktivitet var transport. Både fordi det skapte usikkerhet, og fordi det kostet penger. Noe som gjorde det lettere var at selve aktiviteten var gratis, og de gangene de ble fulgt til aktiviteten. Det var også positivt at tilbudene var spredt rundt i kommunen, slik at de ikke trengte å dra like langt. Praksisfeltet burde derfor legge opp til en lignende løsning, der deltakelse er gratis og de har mulighet til både personlig og økonomisk støtte for å skulle ta transport. Det vil også være relevant å se på lokasjonene til tilbudene, for å passe på at man når ut til så mange som mulig.

6.5 Videre forskning

For å motivere mennesker til å ha en sunn og aktiv livsstil kan man ikke kun fokusere på hvilke treningsformer som rent fysiologisk er mest effektive. Man må finne ut hvilke aktiviteter som er mest lystbetonte og best bidrar til at følelsen av tilhørighet, kompetanse og autonomi forsterkes, slik at motivasjonen for en aktiv livsstil blir selvstyrt og integrert (Deci & Ryan, 2002). Egen forskning viser at aktivitetstilbud gjør mye rett når det kommer til dette. Informantene i egen studie forteller om en inkludering, sosial støtte, utvikling og kontroll gjennom både indre og ytre motivasjon.

Videre vil det kunne være viktig å utføre longitudinelle studier på tilrettelagte aktivitetstilbud, for å se etter forandringer over tid. Det anbefales også å utføre forskning på de som faller utenfor, de som møter opp noen ganger men så faller fra. Får man kartlagt dette kan det kanskje hindres at de faller fra, eller man kan finne ut hva som hadde vært en god aktivitet for de. Det trengs generelt mer forskning på slike aktivitetstilbud for de med psykiske lidelser, da det finnes lite av det fra før.

7.0 Avslutning

Denne studiens hensikt var å utforske hvordan fysisk aktivitet påvirker psykiske lidelser. Studien utforsket et valgt aktivitetstilbud i Bergen kommune som er tilrettelagt for personer med psykiske lidelser. Faktorer som ble vektlagt i undersøkelsen var hvordan det oppleves å delta på aktivitet, om mestring og motivasjon oppleves, hvor viktig det sosiale er, og hvilke barrierer og løsninger deltakerne har. Problemstillingen for studien var: *Hvordan oppleves det å delta på fysisk aktivitetstilbud for personer med psykiske lidelser?*

I studiens resultater ser man at det er flere ulike faktorer som spiller inn på informantenes opplevelse av å delta på aktivitetstilbud. Det første temaet som kom fram var at det gode sosiale fellesskapet var svært viktig. Det gjorde at de unngikk ensomhet, og at de fikk et sosialt nettverk som forsto dem. Neste tema viste til det positive fysiske og psykiske utbyttet informantene opplevde på aktivitet, og hvordan mestring førte til dette. Videre var tredje tema fokusert på hvilke barrierer som kunne hindre deltakelse. Her var de mest nevne barrierene transport, fysisk og psykisk sykdom og økonomi. Det ble også gjort funn om hvor viktig lederens egenerfaring med psykiske lidelser var, i tillegg til at de var støttende og motiverende. Til slutt ble det fremhevet hvordan aktivitetstilbudets kontinuitet i aktivitetene ga informantene en etterlenget rutine i hverdagen, og bidro til et sted uten stigmatisering der de kunne være seg selv.

Fysisk aktivitet som tilrettelagt tilbud er et helsefremmende tiltak, ettersom det tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og tilhørighet. Det bedre også mulighetene for å mestre utfordringer og belastninger man utsettes for i dagliglivet (Green et al, 2015). Det er også tett knyttet opp mot teorier i helsepsykologien, da mestring og motivasjon står sentralt (Bandura, 1977; Deci & Ryan, 1985). Egen studie, tidligere forskning og teori viser til mestringsforventning er en indikator på nivået av fysisk aktiv en person kommer til å være (Bandura, 1977; Imsen, 2005; Ussher et al, 2007; Young et al, 2014). Det samme gjelder motivasjon, der både egen studie, tidligere forskning og teori støtter samme prinsipp: motivasjon er en faktor for å begynne med eller fortsette med fysisk aktivitet (Deci & Ryan, 1985; Moe & Matrinse, 2009; Martinsen, 2011).

Alle informantene i studien var svært positive til deltakelsen, og følte en bedring både fysisk og psykisk. Det er ikke funnet mye lignende forskning som det egen forskning undersøkte.

Det var gjort studier på andre tilbud, men ingen av dem hadde samme fokus på fysisk aktivitet i fellesskap som en arena for mestring. Det ønskes flere lignende tilbud der personer med psykiske lidelser kan få være aktive i en trygg setting, og mer forskning på temaet for å støtte opp under forskningen som allerede er gjort.

Til sammen understreker disse funnene betydningen av deltakelse på tilrettelagte aktivitetstilbud for de med psykiske lidelser. Det viser at mestring og sosial støtte fører til motivasjon for å delta på tilbudet. Videre fremhever det viktigheten av å være i et likeverdig fellesskap, der både ledere og deltakere har lignende erfaringer. Det ønskes flere slike tilbud, på enda flere steder, slik at barrierene som transport og økonomi blir redusert. Men kanskje er målet ganske enkelt: å opprettholde fysisk aktivitet, helst i et fellesskap, både for personer med utfordringer og for den generelle befolkningen. For som en av informantene sa: *“alle har en psykisk helse”*, og fysisk aktivitet gjør godt for den psykiske helsen.

Referanseliste

- Achterberg, P. W., Kramers, P. G., & Van Oers, H. A. (2008). European community health monitoring: the EUPHIX-model. *Scandinavian journal of public health*, 36(7), 676-684.
- Anderson, E. H., & Shivakumar, G. (2013). Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Frontiers in psychiatry*, 4, 27.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bergen kommune (2016) Plan for psykisk helse 2016-2020: Gode liv i et inkluderende samfunn. Hentet fra:
https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00286/Plan_for_psykisk_he_286471a.pdf
- Bjørnstadjordet, K. (2009). Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni. *Fysioterapeuten* 75(5), 19-25
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101
- Brodtkorb, E., & Rugkåsa, M. (2009). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse-og sosialprofesjonene*, (2. utg) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2017). *Bruk av kollektivtransport i befolkningen og blant personer med nedsatt funksjonsevne*, Oslo: Sentio Research Norge. hentet fra:
https://www.bufdir.no/Global/Bruk_av_kollektivtransport_i_befolkningen_og_blant_personer_med_nedsatt_funksjonsevne.pdf
- Carek, P. J., Laibstain, S. E. & Carek, S. M. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(1), 15–28.
- Chang, Y. C., Lu, M. C., Hu, I. H., Wu, W. C. I., & Hu, S. C. (2017). Effects of different amounts of exercise on preventing depressive symptoms in community-dwelling older adults: a prospective cohort study in Taiwan. *BMJ open*, 7(4), e014256.
- Cresswell, J.W. (2014). *Research Design. Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. (4th Edition). Sage: Los Angeles

- Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive psychiatry*, 49(4), 346-352.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. NY: Plenum
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. *Handbook of self-determination research*, 3–33.
- DeBoer, L. B., Powers, M. B., Utschig, A. C., Otto, M. W., & Smits, J. A. (2012). Exploring exercise as an avenue for the treatment of anxiety disorders. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(8), 1011-1022.
- Donovan, R.J., Watson, N., Henley, N., Williams, A., Silburn, S., Zubrick, S., Cross, D., Hamilton, G., Roberts, C. and James, R. (2003), Mental Health Promotion Scoping Project: Report to Healthway, Centre for Behavioural Research in Cancer Control, Curtin University.
- Espenes, G. A. & Smedslund, G. (2017) Helsepsykologi, 2 utgave, Gyldendal Akademisk
- Folkehelseloven (2011) *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24—29) Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Gjerset, A., Haugen, K. & Holmstad, P. (2006). *Treningslære*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Undervisning.
- Green, J., Tones, K., Cross, R., & Woodall, J. (2015). *Health promotion: planning and strategies* (3. utg). Los Angeles: Sage.
- Halvorsrud, L., Ollivier, M., & Kvarme, L. G. Fontenehusets betydning for unge medlemmer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(04), 285-295.
- Hasking, P., & Rose, A. (2016). A preliminary application of social cognitive theory to nonsuicidal self-injury. *Journal of youth and adolescence*, 45(8), 1560-1574.
- Heggdal, W. M. (2010). *I hvilken grad gir deltakelse i " Aktiv på Dagtid" en opplevelse av mestring og sosial fungering?* (Masteroppgave, Høgskolen i Molde). Hentet fra: <https://himolde.brage.unit.no/himolde-xmloi/handle/11250/153331>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge* (Meld. St. 16 2002-2003). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 – sammen for fysisk aktivitet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2005-/id102065/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller* (Meld. St. nr. 20 2006-2007). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God Helse - Felles ansvar* (Meld. St. 34 2012-2013). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 2018-2019). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/sec1>
- Helsedirektoratet (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud – Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak*
- Helsedirektoratet (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*
- Imsen, G. (2010). *Elevenes verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jansson, E. & Anderssen, S.A. (2009). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red), *Aktivitetshåndboken* (s. 37-44). Oslo: Helsedirektoratet.
- Jerstad, S. J., Boutelle, K. N., Ness, K. K., & Stice, E. (2010). Prospective reciprocal relations between physical activity and depression in female adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 268.
- Kim, Y. S., Park, Y. S., Allegrante, J. P., Marks, R., Ok, H., Cho, K. O., & Garber, C. E. (2012). Relationship between physical activity and general mental health. *Preventive medicine*, 55(5), 458-463.

- Knudsen, A. K., Tollånes, M. C., Haaland, Ø. A., Kinge, J. M., Skirbekk, V., Vollset, S. E. (2017). *Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)* (Folkehelseinstituttet, Rapport 2017). Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T. J., & Torleif, R. (2016). Treating symptoms or assisting human development: Can different environmental conditions affect personal development for patients with severe mental illness? A qualitative study. *International journal of mental health systems*, 10(1), 8.
- Lubans, D. R., Plotnikoff, R. C., Morgan, P. J., Dewar, D., Costigan, S., & Collins, C. E. (2012). Explaining dietary intake in adolescent girls from disadvantaged secondary schools. A test of Social Cognitive Theory. *Appetite*, 58(2), 517-524
- Luanaigh, C.O. og Lawlor, B.A. (2008): Loneliness and the health of older people, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221.
- Major, E., Dalgard, O., Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. (2011). *Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
- Malt, U. F., Retterstøl, N., Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal
- Malterud (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg) Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.

- McAuley, E., & Blissmer, B. (2000). Self-efficacy determinants and consequences of physical activity. *Exerc Sport Sci Rev*, 28(2), 85-88.
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., & Wilbur, J. (2006). Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 50-55.
- Moe, T. & Martinsen, E.W. (2011). *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid*. I L. Borge, E.W. Martinsen & T. Moe (Red.), *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi* (s. 76 – 96). Bergen: Fagbokforlaget.
- Myklestad, I., Rognerud, M. A., & Johansen, R. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse: levekårsundersøkelsen 2005*. (Folkehelseinstituttet, Rapport 2008). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/levkarsundersokelsen-2005.-utsatte>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4. utg) Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbakk, L., Solberg, P., & Torkelsen, I. H. (2013). «Å delta med det du kan»: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(03), 219-228.
- Nutbeam, D., Harris, E., & Wise, W. (2010) *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories*. (3. utgave) McGraw-Hill. 17-21
- Passmore, A. & French, D. (2000). A model of leisure and mental health in Australian adolescents. *Behaviour Change*, 17(3), 208–220.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykiske helse i Norge* (Folkehelseinstituttet, Rapport 2018) Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.

- Sellereite, I., Haga, M. & Lorås, H. (2019). Fysisk aktivitet som verktøy i det helsefremmende arbeidet opp mot rus og psykisk helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(01), 39-51
- Shephard, R. J. (2006). Response of Brain, Liver, Kidney, and Other Organs and Tissues to Regular Physical Activity. Bouchard, C., Blair, S. N., & Haskell, W. L. (Red.). *Physical activity and health*. Human Kinetics.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of neural transmission*, 116(6), 777.
- Ten Have, M., de Graaf, R., & Monshouwer, K. (2011). Physical exercise in adults and mental health status: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 71(5), 342-348.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Underland, V., Holte, H. H., Vist, G. (2018) *Effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter*. (Folkehelseinstituttet, Rapport 2018). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric services*, 58(3), 405-408.
- Vrålstad, S. (2017, 27 juni) *Slik har vi det – livskvalitet og levekår: Sosiale relasjoner*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sosiale-relasjoner>
- Wegner, M., Helmich, I., Machado, S., Nardi, A. E., Arias-Carrión, O., & Budde, H. (2014). Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta-analyses and neurobiological mechanisms. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets*, 13(6), 1002-1014
- Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I. & Ommundsen, Y. (2009). Å bli fysisk aktiv. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 84 - 102). Oslo: Helsedirektoratet
- Wiley, A. & Rappaport, J. (2000). Empowerment, wellness and the politics of development. I D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler & R. Weissberg, (Red.), *The Promotion of Wellness in Children and Adolescents* (s. 59-100). Washington, DC: CWLA Press.

- Woolfolk, A. (2010). *Pedagogisk psykologi*. Trondheim: Tapir akademiske forlag
- World Health Organization (1986) *Ottawa charter for health promotion*. Ottawa. WHO.
Hentet fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Xu, X. L., Zhu, R., Sharma, M., Deng, S., Liu, S., Liu, D. Y., & Zhao, Y. (2015). Smoking attitudes between smokers and non-smoker secondary school students in three geographic areas of China: a cross-sectional survey based on social cognitive study. *The Lancet*, 386, S78
- Young, M. D., Plotnikoff, R. C., Collins, C. E., Callister, R., & Morgan, P. J. (2014) Social cognitive theory and physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15(12), 983-995
- Zimmerman, F. J., Ortiz, S. E., Christakis, D. A., & Elkun, D. (2012). The value of social-cognitive theory to reducing preschool TV viewing: a pilot randomized trial. *Preventive medicine*, 54(3), 212-218.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Barrierer og strategier for å delta på aktivitetstilbud"?

Dette prosjektet er en masteroppgave for helsefremmende arbeid og helsepsykologi ved Hemil senteret, Universitetet i Bergen.

Hensikten med studien er å se nærmere på hvordan dere som deltakere opplever tilbudene. Jeg ønsker å se nærmere på hva fysisk aktivitet gjør for den psykiske helse, samt hva som kan eventuelt kan hindrer deltakerne å delta på de på de fysisk aktivitetstilbudene til Psykiatriliansen. I tillegg vil det være viktig å fange opp hva slags strategier deltakerne bruker i møte barriere. Vi ønsker derfor å invitere deg som bruker av en eller flere aktivitetstilbud arrangert av Psykiatriliansen, til å dele dine erfaringer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et gruppe intervju med 3-5 andre som også deltar på aktivitetstilbud. Intervjuet vil ta ca 60 minutter. Det vil bli stilt spørsmål som går ut på din opplevelse av å delta på aktivitetstilbudene og hvilke barrierer du opplever. Det legges til rette for en åpen samtale mellom intervjudeltakerne. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet, men disse vil bli anonymisert. Svarene som fremkommer gjennom intervjuet vil ikke kunne knyttes opp til deg som person. Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du dersom du ønsker det når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som masterstudent, min veileder og bi-veileder som har tilgang til informasjonen som blir gitt. Det vil ikke bli spurt om navn eller annen informasjon gjør deg identifiserbar. Datamaterialet vil bli lagret i krypterte filer på uib sine servere. Ved publikasjon av masteroppgave og eventuell artikkel vil du som person ikke kunne gjenkjennes.

Prosjektet skal etter planen avsluttes ved innlevering av masteroppgaven i midten av mai 2019. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt. Vi behandler kun opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

På oppdrag fra Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

- Universitetet i Bergen ved masterstudent Sølvi Røssum, 909 69 225, solroess@hotmail.com eller veileder for oppgaven Torill Larsen, 415 01 127, Torill.Larsen@uib.no
- Vårt personvernombud: Janecke Helene Veim, 555 82 029, Janecke.Veim@uib.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Torill Larsen

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Sølvi Røssum

Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Barrierer og strategier for å delta på aktivitetstilbud» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca midten av mai 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Taushetserklæring

Erklæring om taushetsplikt for deltakere i fokusgrupper

Vi ønsker at alle skal kunne føle seg trygge i gruppen.

Jeg (navn)
er deltaker i **en fokusgruppe** i regi av HEMIL senteret, Universitetet i Bergen.
Jeg forplikter meg til å ikke videreformidle informasjon om personlige forhold som kommer fram i løpet av diskusjonen.

Dato: Underskrift:
.....

Confidentiality statement for Focus Group participants

Our wish is that all will feel secure in the group.

I (name)
am a participant in a Focus Group Discussion at the Department of Health Promotion and
Development, University of Bergen.
I pledge/promise that I will not pass on any personal information that is discussed during the
focus group discussion.

Date: Signature:
.....

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Generell info

- Demografisk informasjon?
 - Alder, kjønn?
- Hvilke aktivitetstilbud benytter dere dere av og hvorfor?
- Hvordan fant du fram til aktivitetene?
 - Anbefalt fra andre, internett
 - Kjente dere andre her fra før av? Har det påvirket deltakelsen?

Opplevelse av motivasjon, autonomi og mestring

- Hva gir det deg/får du ut av å være med på aktivitetene?
 - Mental velvære, mindre medisinbruk, nye venner/sosialt
 - Treffes dere utenfor aktivitetene? Har det bidratt til å bygge et sosialt nettverk?
- Hva er viktig for deg for at du skal komme på aktiviteten?
 - Støtte fra andre/noen pusher meg, treffer venner, inkluderende fellesskap/tilhørighet, utenfor behandling, lavterskel
 - Blir dere oppfordret til å komme? Blir dere «etterlyst» hvis dere ikke kommer/noen som tar kontakt med dere om dere ikke kommer? Noe eksternt/internt push?

Barrierer

- Hva hindrer dere i å delta på aktivitetstilbudene?
 - Fysiske hindringer: transport, energi, ferdigheter, økonomi
 - Sosiale hindringer: inkludert?
 - Psykiske hindringer: motivasjon, symptomer (eks mye angst/depresjon en periode),

Løsninger/strategier de allerede bruker

- Hvilke løsninger bruker dere allerede for å overkomme disse hindringene?
 - Hva gjør du når du sliter med å møte opp?
- Har dere noen forslag til andre løsninger?

Avslutning

- Er det noe dere vil legge til?

vedlegg 4: NSD godkjenning/kvittering

5.5.2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Barrierer og strategier for å delta på aktivitetstilbud

Referansenummer

944763

Registrert

17.09.2018 av Sølvi Marie Teigen Røssum - Solvi.Rossum@student.uib.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Det psykologiske fakultet / Hemil-senteret

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Torill Larsen, Torill.Larsen@uib.no, tlf: 41501127

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Sølvi Røssum, solroess@hotmail.com, tlf: 90969225

Prosjektperiode

01.10.2018 - 20.05.2019

Status

01.11.2018 - Vurdert

Vurdering (1)

01.11.2018 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 29.10.18 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5b990804-52d4-479c-9bf9-a5b0ddfe4277>

1/2

endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger frem til 20.05.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

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

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg

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