

**MASTEROPPGAVE**  
**Mastergradsstudium i fysioterapi**  
**November 2018**

Fra sirkus til seier!  
En kvalitativ studie av rus- og psykiatripasienters  
erfaring med fysisk aktivitet.



Mari Finsen  
Kandidatnummer: 501

**OsloMet- storbyuniversitetet**  
**Fakultet for helsevitenskap**  
**Institutt for fysioterapi**

## Forord

Prosjektet er ved en ende og det har vært en lang og karakterbyggende prosess. Jeg er takknemlig for alt jeg har lært på veien om faget, meg selv og det å være menneske. Det er mange som må takkes for at studien har latt seg gjennomføre- uten dere hadde ikke dette vært mulig.

Først vil jeg takke informantene som har bidratt i studien og delt sine erfaringer med meg. Jeg føler meg beæret som har fått ta del i deres personlige skildringer på denne måten og jeg håper dere forstår hvor nyttig dere har vært for å belyse forskningsfeltet, ferdigstille denne studien og som bidrag for videre forskning.

Videre vil jeg takke OsloMet storbyuniversitet ved mine veiledere Gro Killi Haugstad og Hedda Eik som gjennom konstruktive tilbakemeldinger og et godt samarbeid har veiledet meg i denne lærerike prosessen om å gjennomføre et mastergradsstudium.

Sist, men ikke minst vil jeg rette en tålmodig takk til familie, venner og samboer som har støttet, motivert og oppmuntret en fersk forskerspire. En spesiell takk til min dyktige og kunnskapsrike familie som til enhver tid har stilt opp med innspill, refleksjon og motivasjon. Dere har lært meg å være høy- høy på glede og omsorg...

Tusen takk.

Kongsvinger, november 2018

Mari Finsen

*«Men fremfor alt, tab ikke lysten til at gå. Hver dag går jeg meg til mitt daglige velbefindende og fra enhver sykdom. Jeg har gått meg til mine beste tanker og kjenner ingen tanke så tung, at man ikke kan gå den av seg.»*

- Søren Kierkegaard, 1813- 1855

<b>1. Introduksjon</b>	<b>9</b>
1.1 Min inngang til studien	10
1.2 Bakgrunn	11
1.3 Behandling	12
1.4 Problemstilling	13
<b>2. Teoretisk rammeverk</b>	<b>15</b>
2.1 Albert Banduras mestringsforventningsmodell: mestringstro	15
2.1.1 De fire hovedkildene: mestringsopplevelser, modellæring, sosial overtalelse og fysiske reaksjoner	16
2.1.2 Et kritisk blikk på bruk av mestringsforventningsmodellen	17
2.2 Den biopsykososiale modellen: et historisk tilbakeblikk og kontekstualisering	18
2.2.1 De tre begrepene: biologisk, psykologisk og sosialt	20
2.2.2 Et kritisk blikk på bruk av BPS-modellen	21
<b>3. Metode</b>	<b>22</b>
3.1 Valg av metode	22
3.2 Utvalg og rekruttering	22
3.3 Intervjuguide	25
3.4 Pilotintervju	25
3.5 Gjennomføring av intervjuer	26
3.6 Transkripsjon	28
3.7 Dataoppbevaring	29
3.8 Analyse: Systematisk tekstkondensering (STC)	29
3.8.1 Helhetsinntrykk	30
3.8.2 Meningsbærende enheter	30
3.8.3 Kondensering	31
3.8.4 Syntese	32

3.9 Etiske vurderinger	35
3.9.1 Godkjenninger	35
3.9.2 Informert samtykke	35
3.9.3 Konfidensialitet	36
3.9.4 Sårbar informantgruppe	36
<b>4. Resultater</b>	<b>38</b>
4.1 Introduksjon	38
4.2 Den gode sirkelen	38
4.2.1 Å flytte fokus	38
4.2.2 Søvn- og matvaner	40
4.2.3 Å finne ro	41
4.3 Trygghet og forutsigbarhet	43
4.3.1 Å skaffe seg faste rammer	43
4.3.2 Å ha en avtale	46
4.4 Tilhørighet til andre	49
4.4.1 Del av samfunnet	49
4.4.2 Deltakelse sammen med andre	51
4.5 Endret selvbilde	52
4.5.1 Føle seg bedre og få et bedre selvbilde	52
4.5.2 Nye opplevelser av seg selv	54
<b>5. Diskusjon</b>	<b>56</b>
5.1 Introduksjon	56
5.2 Presentasjon av hovedfunn	56
5.3 Valium eller joggesko i pillebrettet?	57
5.4 Endret forhold til hode, skulder, kne og tå...	59
5.5 Så; kroppen og toppen- handler det om å henge i stroppen?	60

5.6 Funn sett i lys av to modeller _____	<b>61</b>
5.6.1 Å få en sjanse og føle seg inkludert _____	<b>61</b>
5.6.2 Å føle ny mestring _____	<b>63</b>
5.7 Metodiske momenter til diskusjon _____	<b>67</b>
5.7.1 Metodedesign _____	<b>67</b>
5.7.2 Informantene _____	<b>68</b>
5.7.3 Intervjuguide _____	<b>69</b>
5.7.4 Pilotintervjuet _____	<b>69</b>
5.7.5 Intervjusituasjonen _____	<b>70</b>
5.7.6 Transkripsjon _____	<b>72</b>
5.7.7 Analysen _____	<b>72</b>
5.7.8 Studiens begrensninger og funnenes vitenskapelige kvalitet _____	<b>74</b>
5.7.9 Styrker og svakheter ved å studere alene _____	<b>76</b>
5.7.10 Betydningen av at jeg var meg _____	<b>76</b>
5.8 Egen refleksjon og klinisk implikasjon _____	<b>79</b>
5.9 Avslutning _____	<b>80</b>
<b>6. Vedlegg _____</b>	<b>82</b>
Vedlegg 1: Meldeskjema (versjon 1.6) til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter) _____	<b>82</b>
Vedlegg 2: Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) _____	<b>86</b>
Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema _____	<b>89</b>
Vedlegg 4: Intervjuguide _____	<b>93</b>
Vedlegg 5: Referanseliste _____	<b>95</b>
Vedlegg 6: Klausuleringsskjema _____	<b>106</b>
Vedlegg 7: Lisensavtale _____	<b>107</b>

## Sammendrag

I denne studien ble det utforsket pasienter med rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser) og deres erfaringer med fysisk aktivitet. Psykiske lidelser er svært vanlig og rammer ca. 30-50% av befolkningen, 10-20% får i tillegg en ruslidelse. ROP-lidelser medfører biologiske, psykologiske og sosiale utfordringer og har gjerne store konsekvenser for den det gjelder.

Hensikten med studien var å undersøke pasienters subjektive erfaringer med fysisk aktivitet som deltaker i et behandlingsopplegg. Pasientenes perspektiver kan si noe om hvordan fysisk aktivitet kan ha innvirkning på hverdagen som ROP-pasient og på hvilke måter fysisk aktivitet kan nyttiggjøres i en behandlingskontekst.

Teoretisk rammeverk og grunnlag for forståelse tok utgangspunkt i den biopsykososiale forståelsesmodell og Albert Banduras mestringsforventningsmodell. Denne kvalitative studiens empiriske materiale ble basert på det kvalitative forskningsintervju. Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer av seks pasienter fra rus- og psykiatritjenesten som ble rekruttert gjennom et fysisk aktivitetstilbud i en kommune.

Som analysemetode ble det gjort en systematisk tekstkondensering (STC) der funnene ble analysert og presentert i fire kategorier: «den gode sirkelen» som handlet om å flytte fokus fra rus og psykiatri, bedre søvn- og matvaner og å finne ro. «Trygghet og forutsigbarhet» handlet om opplevelsen av å ha faste rammer og det å ha en avtale. «Tilhørighet til andre» handlet om opplevelsen av å være sosial sammen med andre og om å være en del av samfunnet. «Endret selvbilde» handlet om erfaringer med å føle seg bedre, få et endret selvbilde og få nye opplevelser av seg selv.

Samlet sett fremkom det at pasientenes erfaringer med fysisk aktivitet hadde betydning på mange arenaer. Pasientene opplevde bedret helse i form av økt søvnkvalitet og opplevelsen av et mindre kaotisk liv med en større grad av mestring og sosial tilhørighet. Likevel, funnene viste at det var lite som skulle til for å falle ut av behandlingsopplegget og understrekte betydningen av at slike tilbud hadde en lav terskel for deltakelse med stor grad av inkludering.

Nøkkelord: Rus- og psykiske lidelser, fysisk aktivitet, behandlingstilbud, Albert Banduras mestringsforventningsmodell, biopsykososial modell

## **Abstract**

This study examined patients who struggle with substance abuse and mental disorders, and their experiences by being in physical activity. Physical sufferings are very common and about 30-50% of the population experiences this condition. In addition, 10-20% struggles with a substance abuse. These conditions usually cause biological, psychological and social challenges, and this have a number of consequences for the patient.

The purpose of this study was to examine the patient`s subjective experiences in being physically active as a participant in a rehabilitation programme. Their perspectives were important in order to grasp how physical activity, despite their challenges, can affect their everyday life and in what ways it can be useful as part of their treatment.

In this study, substance abuse and mental disorders were highlighted and discussed based on the theory by Albert Bandura, and the biopsychosocial model. The study is a qualitative study and the empirical material was based on interviews as a method of qualitative research. Semi-structured interviews with six participants have been conducted. These were recruited through a physical activity group.

The findings were analysed with systematic text condensation (STC) as a method, and presented in four categories. The first category was about trying to get the patient to look beyond the substance abuse and mental disorders, to improve both sleep and nutrition habits and finding peace and quiet in general. The second category contained safety and predictability in the context of having a structured everyday life with scheduled appointments. The third category was about how to connect to other people, how to be social and how to be a participant in the community. The fourth and last category was about helping the patients to see new things about themselves in a different way, and basically contribute to a better self-confidence.

Overall the findings showed that the patients` experiences had impact on a number of areas in everyday life. The patients experienced better health by increased quality of sleep and felt a less chaotic life. They also experienced that they had the ability to master the challenges they were faced, and they developed a larger degree of social skills. Still, not many challenges were to occur for the patients to drop out of the physical activity group. This shows the

importance of a non-binding programme to ensure both participation and that everyone felt included.

Keywords: mental disorder, substance abuse, physical activity, rehabilitation programme, the model of self-efficacy by Albert Bandura, biopsychosocial model



## 1. Introduksjon

I denne studien utforskes pasienter med rus- og psykiske lidelser (ROP-pasienter) og deres erfaringer med fysisk aktivitet. Psykiske lidelser er svært vanlig i befolkningen. 30-50% av den voksne befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet (Martinsen, 2009), mens 10-20% får i tillegg en ruslidelse (Folkehelseinstituttet (FHI), 2018). Psykiske lidelser påvirker tanker, følelser, atferd og sosial omgang og varierer i alvorlighetsgrad og varighet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Ved rusavhengighet skapes kognitive, atferdsmessige og fysiologiske symptomer hvor bruken opprettholdes til tross for konsekvensene det gir for brukerens og omstendighetenes livssituasjon og funksjonsnivå (Helsedirektoratet, 2014). ROP-lidelser medfører biologiske, psykologiske og sosiale utfordringer og har gjerne store konsekvenser for den det gjelder (Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP), 2018).

ROP-lidelser er et dagsaktuelt tema. «Verdens fysioterapidag 2018» omhandlet psykisk helse. Her var fokus rettet mot at mennesker med psykiske helseutfordringer ofte også har en redusert somatisk helse og at fysisk aktivitet kan ha god virkning som del av behandlingen (Norsk Fysioterapeutforbund (NFF), 2018). På verdensbasis utgjør psykiske lidelser en vesentlig del av sykdomsbildet i befolkningen og Verdensdagen markerte hvordan man som fysisk aktiv kan bidra til å bedre egen fysisk og psykisk helse og velvære.

En annen dagsaktualitet er den nylig markerte «Verdensdagen for psykisk helse» der «identitet og tilhørighet» har vært et overordnet tema de siste tre årene. I år stilte man spørsmålet «har ulikhetene i samfunnet plass i fellesskapet og hvordan aksepteres disse ulikhetene?» (Verdensdagen for psykisk helse, 2018). På bakgrunn av dette satte årets kampanje fokus på hvordan raushet kan gi bedre psykisk helse, vekke positive assosiasjoner og oppfordre til en aktiv handling gjennom kampanjetemaet: «Vær raus». Sentralt i kampanjen stod det å være raus med hverandre, vise forståelse for ulikheter, møte med nysgjerrighet og respekt, akseptere, samt gi ros og tilbakemeldinger som styrker og ikke ekskluderer.

Også TV-aksjonen som i 2018 gikk til Kirkens Bymisjon hadde som målsetning om å skape et varmere og mer inkluderende samfunn. Kirkens Bymisjon driver et utstrakt sosialt arbeid innen blant annet rusomsorg og psykisk helsevern. Organisasjonen er bygd på slagordet «rom

for alle» og et av utgangspunktene for TV- aksjonen var oppfatningen om økende forskjeller i det norske samfunnet og at det å være utenfor kan vise seg på flere måter; fra å stå utenfor velferdsstatens rettigheter og mangle en seng å sove i, til å være utenfor arbeidsliv, familieliv eller lokalsamfunnets sosiale fellesskap (Kirkens Bymisjon, 2018). TV- aksjonen fikk i år navnet «Kom inn!» og handlet om å skape møtesteder som kunne motvirke det utenforskapet mange innenfor rus- og psykiatrifeltet erfarer.

Tematikken i TV-aksjonen for Kirkens Bymisjon, «Verdensdagen for psykisk helse» og «Verdens Fysioterapidag» kan si noe om at psykisk helse er satt på dagsordenen. At ROP-lidelser får økt oppmerksomhet i samfunnet kan lede til forståelsen av at det er et økende problem. I følge Helsedirektoratet (2017) er det ikke forekomsten som øker, men flere som oppsøker hjelp enn tidligere. Dette medfører at flere blir behandlet, at salg av legemidler øker, at sykefravær og antall nye uførepensjoner på grunn av psykiske lidelser øker. Likevel er det på verdensbasis estimert at forekomsten av rusmisbruk øker (World Health Organization (WHO), 2018). Rus eller psykiske lidelser alene, eller kombinasjonen av dem, kan resultere i en isolert og usikker tilværelse. For best å kunne hjelpe denne gruppen kreves en sammensatt, individuell behandlingsplan og for mange av disse pasientene er fysisk aktivitet en del av behandlingstilbudet (ROP, 2018). Gjennom denne studien er det et mål å belyse erfaringer av hvordan ROP-pasienter erfarer fysisk aktivitet som deltaker i et fysisk aktivitetstilbud og hvordan dette kan virke inn på tilværelsen med ROP-lidelser.

## **1.1 Min inngang til studien**

Som fysioterapeut har jeg de siste årene arbeidet med ROP-pasienter og fysisk aktivitet. Temaet rus-og psykiatri og fysisk aktivitet har lenge engasjert meg, og gjennom min yrkesutøvelse var det et ønske å se nærmere på dette og utvide forståelsen for pasientgruppen. Spesielt ble nysgjerrigheten vekt gjennom opplevelsen av at fysioterapeuten med fysisk aktivitet som verktøy, kunne nå frem til så mange «tunge» pasienter med en kaotisk hverdag. Jeg har erfart at ROP-lidelser kan føre med seg mye usikkerhet, angst og en rekke utfordringer i hverdagslige gjøremål og lite fysisk aktivitet i dagliglivet. Dette har skapt en økende interesse i å komme nærmere på pasientenes erfaringer med fysisk aktivitet. Da det anbefales å utføre regelmessig fysisk aktivitet minst 30 minutter daglig (Helsedirektoratet,

2009), gir dette fysioterapeuten en viktig, men også utfordrende, mulighet i å møte ROP-pasientene.

Selv med kjennskap til at symptombildet og dagsform kan variere, er det ikke alltid lett å vite hvordan man skal favne om disse pasientene best mulig. Derfor var det et ønske å få innblikk gjennom førstepersonsperspektivet på hvordan fysisk aktivitet som del av behandlingen erfares som ROP-pasient.

## **1.2 Bakgrunn**

Personer med psykiske lidelser har et høyere rusmiddelbruk enn befolkningen ellers. De siste 25 årene har det vært et økende fokus på kombinasjonen rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser, og befolkningsstudier viser at rus- og psykiatri ofte opptrer sammen og dermed utgjør en ROP-lidelse (Grant et al., 2004). En ROP-lidelse er en samlebetegnelse for samtidig tilstedeværelse av kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012). For ROP-pasientene kan lidelsene påvirke hverandre i negativ grad og den totale byrden kan bli større enn summen av hver lidelse for seg (Martinsen, 2011). Rus- og psykiatri er en samfunnsøkonomisk utfordring der andelen uførepensjoner og behandling øker med årene (Brage & Nossen, 2017; Mykletun et al., 2009; stiftelsen for industriell og teknisk forskning (SINTEF), 2007). Dette er forbundet med gjentatte, langvarige sykefraværperioder der nedsatt arbeidsførhet er en vanlig konsekvens (Mykletun, et al., 2009). Praksis fra kommunene viser at feltene psykisk helse og rusarbeid har så mange fellestrekk i form av faglig tilnærming med sosialt arbeid, psykisk helsearbeid, habilitering og rehabilitering at samlokalisering og felles tiltak ofte gjøres (Helsedirektoratet, 2012), noe som også var tilfellet i denne studien.

Å leve med ROP-lidelser kan medføre isolasjon, redusert tro på mestring, dårlig selvbilde, en følelse av mislykkethet og føre til en ond sirkel som det er vanskelig å komme ut av (Langaas, Grape & Sylliaas, 2016). Pasientene kan ofte mangle en grunnleggende følelse av tilhørighet (FHI, 2014) der skam og skyldfølelse forhindrer å bygge relasjoner preget av varme og nærhet (Halvorsen, 2015). Videre er tapsopplevelser, samfunnsstigmatisering, diskriminering, ekskludering, redusert livskvalitet og negative erfaringer knyttet til familieliv, jobb, utdanning, bosted, økonomi, nettverk og sosial deltakelse ofte tilstede som utfordrende

elementer (Helsedirektoratet, 2014). Pasientgruppen har redusert somatisk helse og forhøyet risiko for blant annet livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2 (FHI, 2018). Det ses tydelig en overhyppighet av somatisk sykdom og sviktende egenomsorg gjennom mangelfull ernæring, fysisk inaktivitet og sosial isolasjon (van Amsterdam, 2013). Genetiske forhold, livsstil, selvmordsforekomst, rusmiddelbruk og å oppholde seg i voldspregede miljøer er risikofaktorer for tidlig død hos pasientgruppen som har en avkortet levetid på 15- 20 år sammenliknet med den generelle befolkningen (FHI, 2018).

### **1.3 Behandling**

Tverrfaglighet gjennom samtalerapi, psykologiske tiltak og medikamenter er de mest anvendte behandlingsmetodene. Størrelsen på utfordringene knyttet til ROP-lidelsene i samfunnet gjør at helsevesenet ikke tilfredsstiller behandlingsbehovet, noe som åpner for selvhjelpsstrategier pasienten kan adoptere (Helsedirektoratet, 2012).

Fysisk aktivitet defineres som enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå (Nerhus, Anderssen, Lerkelund & Kolle, 2011). Det er anbefalt å utføre regelmessig fysisk aktivitet med moderat intensitet i minst 30 minutter hver dag for å oppnå helsefremmende effekter (Helsedirektoratet, 2009). Som van Amsterdam (2013) beskriver, viser det seg at ROP-pasienter generelt har redusert somatisk helse og er for fysisk inaktive i forhold til anbefalingen fra Helsedirektoratet (ibid). Fysisk aktivitet er kostnadseffektivt, gjennomførbart og kan redusere abstinenssymptomer, tilbakefallsfrekvens (Brown et al., 2009; Hallgren et al., 2017; Mykletun et al., 2009), høyne livskvalitet, selvfølelse, fysisk helse, bidra til etablering av sosiale nettverk og samfunnsdeltakelse (Martinsen, 2011). På denne måten kan mestring av egen tilstand og en meningsfull hverdag være viktigere eller mer oppnåelig enn å bli symptomfri (ROP, 2018). I tråd med Nasjonal faglig retningslinje for ROP-pasienter anbefales det tilrettelegging av fysisk aktivitet for å redusere symptomer og som virkemiddel for å etablere nye nettverk (Helsedirektoratet, 2012). Fysisk aktivitet kan være en strategi til å oppleve mestring, sosial støtte, tilhørighet, sortere emosjoner, flytte fokus vekk fra ROP-lidelsen og gi økt tro på seg selv (Zschucke, Heinz & Ströhle, 2012; Langaas et al., 2016). Regelmessig fysisk aktivitet representerer et stort potensial i henhold til forebygging og behandling av disse lidelsene (Helsedirektoratet, 2012). Regelmessig fysisk aktivitet er en virksom ikke-medikamentell

behandling (Martinsen, 2009) og helsepersonell bør vurdere fysisk aktivitet på linje med annen behandling slik at det blir en integrert del av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2010). Også Flemmen (2016) trekker i sin forskning frem viktigheten av fysisk aktivitet som en del av den kliniske behandlingen av ROP-pasienter.

Studier har vist at deltakere rapporterte redusert angst og depressive symptomer der fysisk aktivitet var en del av behandlingen (Harris, Cronkite & Moos, 2006; Wipfli, Rethorst & Landers, 2008). Langtidsundersøkelser av friske mennesker har vist at fysisk inaktive mennesker har større tendens til å utvikle depresjon (Buckworth & Dishman, 2002). Dette viser at fysisk aktivitet kan være virkningsfullt både som forebyggings- og behandlingstiltak. Selv om fysisk aktivitet har en rekke positive følger, kan iverksettelse være utfordrende og motivasjon og mestring er derfor sentralt i henhold til endring og implementering av fysisk aktivitet i hverdagen (Dahl, 2011). Negative konsekvenser av fysisk aktivitet kan være økt risiko for utvikling eller vedlikehold av for eksempel spiseforstyrrelser og treningsavhengighet (Martinsen, 2011).

De overnevnte studiene viser tilnærmet entydig sammenheng mellom fysisk aktivitet og positive psykologiske virkninger. Dette er funn som understøtter og belyser viktigheten av fysisk aktivitet som behandling. Studiene sier derimot lite om pasientenes egne erfaringer med sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse. Innenfor forskningsfeltet fysisk aktivitet og psykisk helse har slike studier et begrenset omfang (ibid).

#### **1.4 Problemstilling**

I lys av rus- og psykiatri som økende samfunnsutfordring (Brage & Nossen, 2017; Mykletun et al., 2009; SINTEF, 2007;) og fysisk aktivitet som selvhjelpsmetode (Helsedirektoratet, 2012), trengs det kvalitativ kunnskap om hvordan fysisk aktivitet erfares av den enkelte. Dette er viktig fordi håndtering av egen tilstand kan ha betydning for helseatferd og sykdomsutfall (Fjerstad, 2010). Tatt forskningsfeltet i betraktning er det til min kjennskap få studier som har tatt for seg hvordan fysisk aktivitet subjektivt erfares av ROP-pasienter. Denne type kunnskap er viktig for at helsepersonell best mulig skal kunne møte og behandle pasientene i rus- og psykiatritjenesten. Da forekomsten av ROP-lidelser er utbredt, rammer et stort aldersspenn og begge kjønn, ble det valgt å belyse temaet fra ulike pasienters ståsted med utgangspunkt i

deres egne subjektive opplevelser. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling undersøkt:

*«Hvordan erfarer ROP-pasienter fysisk aktivitet og hvordan kan disse erfaringene forstås i lys av modellen om mestringsforventning og den biopsykososiale modellen?»*

## 2. Teoretisk rammeverk

For å få kunnskap om ROP-pasienters erfaringer med fysisk aktivitet, ble det anvendt to teoretiske modeller som ble ansett som fruktbare for et slikt formål; Albert Banduras mestringsforventningsmodell og den biopsykososiale modellen (BPS-modellen). Modellene ble valgt fordi de favnet om ROP-pasientenes utfordringer og belyste deres sammensatte erfaringer med fysisk aktivitet.

### 2.1 Albert Banduras mestringsforventningsmodell: mestringstro

Albert Bandura er en kanadisk psykolog og professor (1925-). Han er kjent for sitt syn på menneskets personlighet der læring, sosiale forhold og kognisjon står sentralt. Bandura har vært en aktiv forsker i mer enn fem tiår og regnes som svært betydningsfull i psykologiens historie. Banduras modell om mestringsforventning ble tidlig omtalt som «sosial læringsteori», senere som «sosial-kognitiv teori» (Bandura, 1977). Sentralt i modellen ligger begrepet «self-efficacy». Skaalvik og Skaalvik (2005) har oversatt begrepet til «mestringstro». Denne oversettelsen vil også bli brukt her. Mestringstro kan defineres som en persons tro på egne evner til å lykkes i ulike situasjoner og er viktig for hva slags oppgaver man begir seg ut på, og hvor mye man investerer i utførelse av oppgaven (Bandura, 1994). Dette innebærer tro på at man innehar evner, kunnskaper eller ferdigheter til å fullføre en handling som resulterer i ønsket utfall. Mestringstroen kan henge sammen med fysiske tilstander, følelser, motivasjon og påvirke hvordan en person tilnærmer seg en utfordring (Bandura, 1993; Pajares, 1997; Zimmerman, 2000).

Utvikling av mestringstro bygger på hvordan man håndterer erfaringer og opplevelser man møter i livet. Fra barndomstid lærer man å håndtere utfordringer og gjennom kontinuerlig vekst av mestringstroen tilegner man seg ny kunnskap og evner (Bandura, 1994). Mennesker med høy grad av mestringstro møter utfordringer med interesse, deltakelse, forpliktelse og engasjement for oppgaven. Disse menneskene kommer raskt tilbake etter skuffelser og takler nederlag bedre enn mennesker med lav mestringstro. I følge Bandura (1997) vil mennesker med lavere grad av mestringstro unngå utfordringer, ha redusert tro på at de innehar evner nok til å utføre oppgaven og fokusere på negative resultater. I følge Banduras modell blir forventning om mestring til gjennom informasjon fra fire hovedkilder. De fire kildene er

*mestringsopplevelser, modellering, sosial overtalelse og fysiske reaksjoner* (Manger, Lillejord, Nordahl & Helland, 2013).

### **2.1.1 De fire hovedkildene: mestringsopplevelser, modellering, sosial overtalelse og fysiske reaksjoner**

Med *mestringsopplevelser* menes erfaringer med å mestre på samme område gjentatte ganger og handler om å bygge opp en positiv forventning til mestring. Bandura (1994) hevder at den beste måten å utvikle en sterk mestringstro er gjennom gode mestringserfaringer.

Forventningen til mestring øker om man får oppgaver som man tidligere har lyktes med, mens gjentatt feiling kan undergrave forventningen om mestring og svekke mestringstroen (Manger et al., 2013). Dette kan være svært relevant for pasientgrupper som har opplevelser av å ikke strekke til og feile ellers i samfunnet.

*Modellering* kan være både en kilde til å utføre, eller å unngå, en handling. Det å se andre lykkes, kan øke observatørens egen forventning om mestring, mens å se andre feile kan redusere mestringsforventningen. Gjennom å se andre mennesker som man identifiserer seg med mestre en oppgave, kan man øke troen på egne evner til å beherske det samme (Bandura, 1994; Imsen, 2014). Bandura beskriver at sannsynligheten for å ta etter modellen øker jo større likheten mellom modell og observatør er, som for eksempel kjønn, sosial bakgrunn og kompetanse. Bandura (1997) skiller mellom modeller som opptrer trygt og feilfritt og modeller som innledningsvis viser samme usikkerhet og frykt som observatøren, men som gradvis overkommer vanskene gjennom innsats og strategivalg. En slik fremstilling kan hjelpe observatøren til å forstå at feil kan skyldes mangelfull erfaring eller utilstrekkelig innsats, og ikke dårlige evner (Manger et al., 2013).

*Sosial overtalelse* handler om at støtte og oppmuntring fra andre kan påvirke forventning om mestring. Positive tilbakemeldinger kan øke mestringstroen, mens negative meldinger kan redusere den. Bandura hevder at mennesker kan bli overtalt til å tro at de har de evner og ferdigheter som kreves for å lykkes. En forutsetning er at oppgaven man står ovenfor blir oppfattet som utfordrende (Imsen, 2014). Det er viktig å være klar over personens sterke og svake sider, at oppgaven overtalelsen er knyttet til ligger rett over personens ferdighetsnivå og at det gis konkrete og oppmuntrende tilbakemeldinger (Manger et al., 2013). Det å få



oppmuntring fra andre hjelper mennesker og overkomme tvil på egne evner og fokus rettes mot å ta fatt på oppgaven etter beste evne (Bandura, 1997).

*Fysiske reaksjoner* handler om at våre egne responser og følelsesmessige reaksjoner i ulike situasjoner kan påvirke mestringstroen. Bandura skriver at et forhøyet fysiologisk aktiveringsnivå øker oppmerksomheten og bidrar til å gjennomføre en oppgave, mens et for høyt nivå påvirker måten den utføres på. Humøret man er i når man lykkes eller feiler kan påvirke mestringstroen. Å lykkes i godt humør skaper høy forventning om mestring, mens nederlag i dårlig humør reduserer den (Manger et al., 2013). Fysiske reaksjoner i ulike situasjoner påvirker mestringstroen gjennom blant annet humør, følelsesmessige tilstander og stress. Dette kan ha innvirkning på hva man tenker om egne evner og Bandura (1997) hevder at ved å lære hvordan man påvirker disse fysiske reaksjonene når man står ovenfor en utfordrende oppgave, kan forbedre egen grad av mestringstro.

Bandura skiller mellom forventninger om å klare handlingene som er nødvendige for måloppnåelse og forventninger om selve resultatet som følger av handlingen. Det å se for seg konsekvensene av handlingen kan bidra til økt motivasjon (ibid). Man kan ha tro på at en type handling kan føre til et bestemt utbytte, men mangle troen på at man har evner å utføre handlingen som er nødvendig. Forventningen om utbytte kan påvirke handlingen både positivt og negativt, avhengig av individets tro på egne evner til å utføre oppgaven. En person som føler at han eller hun mangler ferdigheter til å utføre handlingen vil kunne oppleve lav mestringsfølelse og kvie seg for, eller unngå å ta fatt på oppgaven (ibid).

### **2.1.2 Et kritisk blikk på bruk av mestringsforventningsmodellen**

Det finnes andre mestringsmodeller enn Albert Banduras. For eksempel kan en annen mestringsmodell som skiller seg fra Banduras mestringsforventningsmodell være Antonovskys salutogenese (1987). Aaron Antonovsky (1923-1994) var en israelsk sosiolog som lanserte begrepet salutogenese som sier noe om hva som holder oss friske, fremfor hva som gjør oss syke. Han samlet studier om individuelle forskjeller i stresstoleranse og beskrev at de individuelle motstandsressursene hadde betydning for sykdomsutvikling. Gode motstandsressurser var for eksempel god økonomi, sosialt nettverk og tilhørighet. Slik ga den enkeltes ressurser ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet (1987). Antonovsky var

interessert i hvorfor noen mennesker tålte store belastninger i livet mens andre ikke. Han kom frem til at menneskers grunnholdning til sammenhengen mellom stress og uventede forhold, har betydning for hvordan man møter utfordringer. Antonovsky (2012) mente at opplevelse av sammenheng dreide seg om i hvilken grad stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø er begripelig, håndterlig og meningsfullt (ibid).

De fleste mennesker anvender som regel flere former for mestringsadferd som er situasjonsavhengig og skiftende. I følge den amerikanske psykologen Richard Lazarus (1922-2002) (1984) vil optimal mestring oppnås ved en fleksibel anvendelse av flere forskjellige former for mestring tilpasset omstendighetene. Dette tydeliggjør at forståelsen av mestring kan ses gjennom flere ulike modeller. Det finnes imidlertid ingen oppskrift på hvordan problemer skal mestres da vi er alle ulike ut i fra våre forhistorier, erfaringer, alder og kunnskaper (Clausen & Eck, 1996).

## **2.2 Den biopsykososiale modellen: et historisk tilbakeblikk og kontekstualisering**

Det teoretiske grunnlaget for den biopsykososiale modellen oppstod gjennom vitenskapelig forskning i epoken fra slutten av 1800-tallet frem til ca. 1950 der utviklingen av de medisinske fagområdene var stor. Utviklingen førte til fremskritt innen forståelse av sykdom med blant annet nye diagnostikk- og behandlingsmetoder (Sundström, 1993). Tiden som fulgte var preget av sykdomsforståelse gjennom en vitenskapelig modell, som ble kalt den biomedisinske modell. Idealet for denne modellen var å beskrive fenomener så nøyaktig og utvetydig som mulig, samt å avdekke lovmessigheter og kausalitet. Målet var å utvikle en universell kunnskap om virkeligheten. Dette førte til enhetlige diagnoser og bedre kommunikasjon mellom forskere. Derimot kan faren ved en slik tenkemåte være at helsepersonell blir mindre følsom for pasientens lidelse, og i denne sammenheng har den biomedisinske modellen blitt kritisert for å være for smalsynt. Innen biomedisinsk tradisjon har helse som fravær av sykdom stått sterkt, men både nasjonalt og internasjonalt utvikles synet på helse; helse som ressurs, velbefinnende og opplevelse av sammenheng (Medin & Alexanderson, 2000).

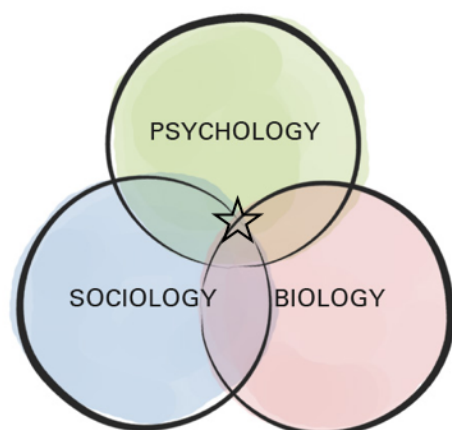
I filosofen Ludvig Wittgensteins (1889-1951) notater kritiserer han biomedisinen og mener at den representerte en dualistisk kartesiansk forståelsesramme (Sluga & Stern, 1996). Han

argumenterte med at symptomer var viktig, men at pasientens fortelling var viktigere. Han mente at en klage relatert til sykdom kunne være et uttrykk for underliggende livshendelser. Wittgenstein var barn av sin tid og argumenterte for at det lingvistiske idealet om nøyaktighet ikke eksisterte. Han mente at et begrep kun kunne bli definert ut i fra sin kontekst laget mellom mennesker og deres miljø. Wittgenstein skrev at den biomedisinske modellen manglet forståelse om at mennesket hadde tanker og følelser som påvirket pasientens sykdomsbilde og at det kun er pasienten selv som kan definere hva problemer betyr for han eller henne (Neubauer, 2010).

George Engel (1913-1999) som var professor i psykiatri og indremedisin i USA, gjorde et poeng ut av å utvide forståelsesrammen for den biomedisinske sykdomsmodellen for både klinisk forskning og medisinsk praksis i psykiatrien. George Engels (1977) artikkel fikk stor nyskapende betydning. Engel argumenterte med at hvert nivå i systemteorien påvirker hverandre gjensidig. Han påsto at disse nivåene ikke kunne forstås enkeltvis, men at de skulle forstås som en helhet. Han kritiserte biomedisinen og argumenterte for behovet for en modell som i større grad tok menneskelig erfaring i betraktning. Han mente at forståelsen av sykdom burde anses som en gjensidig påvirkning mellom psykologiske, sosiale, kulturelle, anatomiske, fysiologiske og biokjemiske faktorer (Engel, 1977). Dette ble viktig for dagens forståelse av det biopsykososiale begrepet.

Den biopsykososiale modellen er en filosofi innenfor klinisk arbeid og er en praktisk klinisk veileder. Det er en måte å forstå hvordan lidelse og sykdom påvirkes av sammensatte ting, men også en måte å forstå pasientens subjektive opplevelse på, som en del av diagnostisering, forventet utfall av behandling og en helhetlig omsorg (Borrell-Carrio, Suchman & Epstein, 2004). Ut i fra denne erkjennelsen innebærer den biopsykososiale forståelsen at psykologiske og sosiale faktorer blir integrert med de biologiske. Forandring eller forstyrrelse i ett nivå kan dermed påvirke de to andre nivåene. For å få en helhetlig forståelse av pasienten gjennom George Engels BPS-modell må man kombinere informasjon fra samtlige nivåer og ta hensyn til pasientens *biologiske, psykologiske og sosiale* forhold (Engel, 1977). I henhold til modellen springer god helse eller sykdom ut fra skjæringspunktet mellom disse tre faktorenes gjensidige påvirkning (Malterud, 2011) (figur 1).

Biopsykososial modell.



Figur 1:

Biopsykososial modell med markert krysningspunkt. «*Self-help and the biopsychosocial model*» av Self-help resource centre, 2014. Hentet fra:

<http://www.selfhelp.on.ca/2014/02/using-the-bio-psychosocial-model-as-a-self-help-tool/>

### 2.2.1 De tre begrepene: biologisk, psykologisk og sosialt

Dersom man skal forstå hvordan påvirkning eller sårbarhet kan resultere i en plage, må man se på den totale helseutfordringen som følger med den biologiske, psykologiske og sosiale konteksten individet befinner seg i. *De biologiske faktorene* handler om hvordan elementer som søvn, smerte, ernæring, muskel- og skjellettstrukturer, styrke, kondisjon, utmattelse, inflammatoriske prosesser eller andre sykdommer kan påvirkes. *De psykologiske faktorene* handler om sammenhengen mellom tanke, følelse og handling. Det kan også handle om aktivitetsnivå, sykdomsforståelse, stress, angst, bekymring og depressive reaksjoner. *De sosiale faktorene* handler om livssituasjon og sosiale miljøfaktorer som bakgrunn, tidligere erfaring, kultur, familie, venner, bolig, arbeid, skole, økonomi. Videre kan det handle om offentlige systemer som tjenester, lover og regler (Falkum, 2008).

Modellen danner et grunnleggende rammeverk for forståelse av det kontinuerlige og dynamiske samspillet mellom de biopsykososiale sirklene. Alle tre har sammen en betydning for pasientens utvikling, vedlikehold, forbedring eller forverring av sykdom. For å illustrere med et eksempel: Et menneske med en grunnleggende biologisk sårbarhet for utvikling av en psykisk lidelse blir sykt. Om denne personen i tillegg påvirkes av psykologiske faktorer som

reduisert sykdomsforståelse og depressive tanker, i tillegg til å ha en sosialt ugunstig livssituasjon gjennom for eksempel ustabile nære relasjoner og dårlig økonomi, kan totalbyrden fort bli stor.

### **2.2.2 Et kritisk blikk på bruk av BPS-modellen**

Innvendinger og kritikk rettet mot modellen handler om at den ikke gir noen klar utredning for sammenhengen mellom tanker og kropp (Schwartz & Wiggins, 1985). Enkelte kritikere hevder at Engels modell ikke kan regnes som en modell i det hele tatt, fordi den kun uttrykker et behov for å forstå de ikke-biologiske påvirkningene på de biologiske uten å bidra til økt forståelse (McLaren, 2002). Et annet viktig perspektiv er at modellen ikke er en testbar modell for å forklare interaksjoner eller kausale påvirkninger for hver av de tre komponentene.

### **3. Metode**

#### **3.1 Valg av metode**

Problemstillingen etterspurte data i form av subjektive erfaringer slik de blir sett ut i fra deltakernes perspektiver. Et kvalitativt metodologisk design ble ansett som en god fremgangsmåte for å undersøke det aktuelle temaet gjennom innsamlet data. En kvalitativ metode kan bidra til presentasjon av menneskelige egenskaper som tanker, forventninger, holdninger, opplevelser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017). Dette empiriske mastergradsstudiet undersøkte ROP-pasienters erfaringer med fysisk aktivitet, gjennom individuelle, semistrukturerte intervjuer. Det ble valgt semistrukturerte intervjuer som datainnsamlingsmetode ettersom denne metoden gir både struktur og fleksibilitet i ulike intervjusituasjoner (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2016). En slik planlagt og fleksibel samtale har som formål og innhente beskrivelser om intervjuobjektets livsverden for å kunne fortolke betydningen av de fenomener som beskrives (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det ble utarbeidet en forskningsprotokoll som ble brukt som prosjektbeskrivelse i planleggingsfasen. Et slikt grundig arbeid i planleggingsfasen er viktig fordi man ellers kan risikere å samle inn feil data i henhold til problemstillingen (Bakketeig & Bakketeig, 2000). Her ble studiens hovedmål, sammendrag, bakgrunn for studien, teoretisk rammeverk, tilgjengelig ressursbruk, materiale, metode og problemstilling presentert. Prosjektbeskrivelsen ble utarbeidet og godkjent av veileder høsten 2017.

#### **3.2 Utvalg og rekruttering**

Utvalget var et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg består av informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2013). Utvalget bygde på systematiske vurderinger av hvilke personer som ut i fra teoretiske og analytiske formål var mest relevante og mest interessante, men også på tilgjengelig utvalg med anledning til deltakelse. Det var ønskelig med et rikt og variert materiale og derfor ble det gjort et strategisk utvalg for å oppnå dette (Malterud, 2011).

Informantene i studien ble rekruttert gjennom en kommunes rus- og psykiatritjeneste som deltakere på et kommunalt tilrettelagt fysisk aktivitetstilbud. Forespørsel om deltakelse ble

formidlet av kommunenes avdelingsleder for rus- og psykiatritjenesten. Det ble gjort slik fordi avdelingslederen hadde naturlig tilgang til kontaktopplysninger, men stod ikke i direkte behandlingsforhold til pasientene. Med utgangspunkt i Norsk senter for forskningsdata (NSD) sine maler ble det utarbeidet et informasjonsskriv og samtykkeerklæring som ble distribuert ut til aktuelle deltakere (vedlegg 3). Utvalget ble informert med den samme skriftlige og muntlige informasjonen og samtykket til frivillig deltakelse. Det ble gitt 7 dager på å rapportere tilbake og levere undertegnet informert samtykke til avdelingsleder.

Rekrutteringen pågikk i perioden 05.09-17- 15.09.17. Det ble levert inn 8 samtykkeerklæringer og basert på dette antallet var det ikke nødvendig å foreta en trekning. Etter innkomne samtykkeerklæringer ble informantene kontaktet av forskeren per telefon og det ble avtalt tid og sted for gjennomføring av intervjuet. En informant ble ekskludert pga. innleggelse på psykiatrisk avdeling under intervjuperioden og frafall nummer to tilkom da man ikke lyktes og komme i kontakt med informanten. Det ble derfor et endelig utvalg på 6 informanter bestående av 4 kvinner og 2 menn i alderen 25-65 år (tabell 1).

Alle informantene mottok tjenester eller var i behandlingsforhold med den kommunale rus- og psykiatritjenesten og hadde deltatt på gruppetilbudet. Gruppetilbudet ble ledet av fysioterapeut og holdt på treningssenter fire ganger i uken med varighet på ca. en klokke. Deltakerne gjennomførte ulike treningsøker og fikk individuell veiledning i styrke-, avspennings-, mobilitets-, balanse-, eller utholdenhetstrening. Intensiteten varierte ut fra innsats og type aktivitet. Samtlige informanter hadde erfaring med fysisk aktivitet både fra gruppetilbudet og selvstendig egentrening. Graden av deltakelse på gruppetilbudet var varierende, enkelte deltok fast to ganger i uken, mens andre hadde ikke deltatt på flere måneder. Alle 6 informanter hadde på et tidspunkt deltatt på gruppetreningene, men enkelte hadde kun deltatt få ganger som nye i gruppen. Det ble ikke stilt noen krav til diagnose, hvor lenge informantene hadde vært innenfor rus- og psykiatritjenesten, eller hyppighet av deltakelse på gruppetilbudet.

For øvrig lå følgende inklusjonskriterier til grunn for utvalget:

- Samtykkekompetent og over 18 år.
- Mottaker av, i behandlingsforhold eller på annet vis tilknyttet den kommunale rus- og psykiatritjenesten.
- Ha erfaring med det fysiske aktivitetstilbudet.

Tabell 1:

Rekruttering av utvalg

Utvalg	Alder	Kvinne	Mann	Inkludert	Eksklusjonsårsak
Nr. 1 «Kari»	20-30 år	X		X	
Nr. 2 «Anne»	30-40 år	X		X	
Nr. 3 «Siri»	40-50 år	X		X	
Nr. 4 «Lise»	40-50 år	X		X	
Nr. 5 «Bente»	50-60 år	X			Informant innlagt på psykiatrisk avdeling.
Nr. 6 «Per»	30-40 år		X	X	
Nr. 7 «Ola»	60-70 år		X	X	
Nr. 8 «Knut»	50-60 år		X		Ikke kommet i kontakt med informant.



### 3.3 Intervjuguide

På bakgrunn av forskningsspørsmålene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 4) som skulle bidra til å holde intervjuet innenfor studiens tematikk (Johannesen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden tok utgangspunkt i hvordan pasientene erfarte fysisk aktivitet og studiens fire forskningsspørsmål som var: «*hva slags erfaringer har du med å trene i aktivitetsgruppe?*», «*liker du/hvordan er det å være med i treningsgruppen?*», «*hva tenker du at treningstilbudet gjør med deg?*» og «*vil du fortsette å holde deg i fysisk aktivitet?*». Med dette som utgangspunkt, ble intervjuguiden bygd opp med den biopsykososiale modellen og Banduras mestringsforventningsteori som grunnlag. Dette innebar at guiden belyste aspekter som hvordan informantene erfarte at deltakelse påvirket ulike deler av livene deres og ga individuelle vinklinger i spørsmålsformulering og besvarelse. Intervjuguiden ble strukturert etter forskningsspørsmålene og teoriene for å dekke de temaene det var forespeilet at intervjuet skulle berøre. Intervjuguiden ble brukt under intervjuet som en sjekklister og retningslinje for å kontrollere om samtalen hadde vært innom de punktene som var ønskelig å belyse. Slik bød det seg anledninger til å følge opp det den enkelte var opptatt av og å utforske dette nærmere (Kvale & Brinkmann, 2015), samtidig som man stadig ble påminnet intervjuets røde tråd. Dette gjorde at intervjuguiden kunne være fleksibel med åpne spørsmål og ga informantene rom til å kunne snakke fritt om det som var viktig for dem. Ifølge Malterud (2011) kommer den rikeste kunnskapen frem når deltakerne deler sine erfaringer i form av konkrete hendelser som leder til en opplevd historie. Deltakerne ble oppfordret til å beskrive konkrete hendelser eller erfaringer.

### 3.4 Pilotintervju

For å få bedre grep om intervjuguiden og for å kunne korrigere og forbedre den, ble en kollega med erfaring på området intervjuet. Pilotintervjuet ble gjort så autentisk som mulig med tanke på rekruttering, informasjonsskriv og samtykkeskjema. Pilotintervjuet tok en klokke time, ble tatt opp på lydbånd og transkribert umiddelbart etter intervjuet. Pilotinformanten var innom samtlige temaer i intervjuguiden, resultatene var tilfredsstillende, og derfor ble det valgt å la intervjuguiden være som den var. Pilotintervjuet ble ikke inkludert i datamaterialet med de andre intervjuene.

### 3.5 Gjennomføring av intervjuer

I følge Kvale og Brinkmann (2015) bør man intervjuer så mange som det trengs for å finne ut av det man trenger å vite. Med et utvalg på 6 informanter ble det forventet å oppnå rike, beskrivende data av håndterlig mengde i henhold til besvarelse av problemstilling og tilgjengelige ressurser knyttet til gjennomføring. Innen kvalitativ forskning er dette et anerkjent antall både med tanke på å kunne gå tilstrekkelig i dybden i den enkeltes erfaringer, og samtidig tilstrebe å få frem kompleksiteten rundt et fenomen (ibid). Det ble gjort kontinuerlige vurderinger underveis om det tilkom nytt materiale for hvert intervju, eller om det var aktuelt å avslutte intervjuundersøkelsene før de 6 intervjuene var gjennomført. Det ble vurdert som hensiktsmessig å gjennomføre samtlige intervjuer. Intervjuene ble gjennomført i perioden 18.09.2017- 27.10.2017.

Intervjuene ble gjennomført på to steder. Det ene stedet var i et kommunalt lokale tilknyttet egen arbeidsplass og det andre stedet var på kommunens aktivitetssenter. Intervjuene ble utført på like prinsipper for samtlige informanter. Det kan diskuteres om de offentlig romlige utformingene var for kliniske og om dette utgjorde en påvirkning. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at kontekst for samtalen påvirker intervjuets kompleksitet og man bør være klar over at valg av kontekst kan føre til hva slags kunnskapsproduksjon man får. Således kunne for eksempel intervjuer i informantens hjem gi et annet datamateriale enn intervjuer i offentlig rom. Intervjuene som ble gjennomført på det kommunale aktivitetssenteret var i fysisk nærhet av andre kjente mennesker og omgivelser. Dette kan ha påvirket i den grad at informantene følte seg mer komfortable og ga rikere beskrivelser enn informantene som ble intervjuet i mindre kjente omgivelser.

Intervjuene ble utført ved bruk av en intervjuguide på samme måte som ved pilotintervjuet. Hvert intervju hadde en varighet på ca. 30-60 min. Det var kun informant og intervjuer tilstede under intervjuene. Det ble gjort lydopptak ved hjelp av diktafon. Intervjuene ble innledet med løs og uformell prat som virket tillitsskapende og relasjonsbyggende. Intervjuspørsmålene startet åpne og brede, før samtalen videre delvis ble styrt av informantens beskrivelser og delvis av intervjuguidens røde tråd. Fysisk aktivitet, historier om hverdagsaktivitet, tidligere aktivitetsnivå og opplevelser av treningsglede ble raskt beskrevet. De mer sårbare temaene ble belyst ved at informanten selv valgte å fortelle om sine erfaringer rundt det, eller ved at intervjueren ledet samtalen inn på disse temaene. De

inngående beskrivelsene av sårbare temaer som selvbilde, selvskading, selvmordstanker, tap av familiære relasjoner, psykisk sykdom og rusavhengighet kom senere i intervjuet. Det varierte hvor utdypende beskrivelsene var. Enkelte informanter snakket mye, delte inngående erfaringer og belyste mange av intervjuguidens temaer uten innspill fra intervjueren, mens andre informanter var mer ordknappe. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at veltalende og samarbeidsvillige informanter kan bidra til belysende og levende beskrivelser av sin livssituasjon, men at man også må være observant på at det kan tildekke motstridende forhold i forskningstemaet.

Mens intervjuene pågikk ble det kontinuerlig vurdert om informantene kunne føle seg utlevert med tanke på egen integritet. Dette ble ivaretatt ved at intervjueren respekterte informantens grenser for hva som ble fortalt og unngikk å følge opp temaer som intervjuet ikke skulle handle om. På slutten av hvert intervju ble det gjort en oppsummering av informantens beskrivelser for å bekrefte eller avkrefte om det var forstått riktig. Videre fikk informantene spørsmål om de ønsket å tillegge noe før intervjuet ble avsluttet. Til slutt ble informantene spurt om hvordan de opplevde det å bli intervjuet.

Den opprinnelige problemstillingen for studien og intervjuguiden var: «*Hvordan erfarer pasienter fysisk aktivitet i rus- og psykiatritjenesten?*». Det ble arbeidet med denne problemstillingen i 3 av 6 intervjuer. Det ble gjort en underveisvurdering av hvorvidt innsamlet datamateriale belyste problemstillingen tilstrekkelig. I samarbeid med veileder ble det besluttet å utvide problemstillingen og legge til noen spørsmål i intervjuguiden for å belyse problemstillingen ytterligere. Dette førte til en revidering av problemstillingen som ble endret til: «*Hvordan erfarer pasienter fysisk aktivitet i rus- og psykiatritjenesten og hva legger pasientene vekt på som sentrale for dem?*». At problemstillingen endrer seg er vanlig i et kvalitativt forskningsprosjekt og må relateres til at teori, empiri og problemstilling står i relasjon til hverandre og vil være en relasjonell prosess gjennom hele forskningsprosjektet (Malterud, 2017). Som forsker har man plikt til å lære av egne erfaringer og korrigere kursen i samsvar med den innsikten man erkjenner underveis (ibid). Avslutningsvis var problemstillingen gjennom enda en revidering. Etter at analysen og diskusjonen var gjort var det ønskelig å spisse problemstillingen enda mer i samsvar med innsamlet materiale. For å skape en enda tydeligere ramme og gi studien en klar overskrift, ble det i samsvar med veileder besluttet å inkludere teoretisk forståelse i problemstillingen. Den endelige problemstillingen ble: «*Hvordan erfarer ROP-pasienter fysisk aktivitet og hvordan kan disse*

*erfaringene forstås i lys av modellen om mestringsforventning og den biopsykososiale modellen?»*

### **3.6 Transkripsjon**

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver transkribering som prosessen der muntlig tale omformes til skriftlig tekst, for å gjøre intervjusamtalen tilgjengelig for analyse. Det er ikke mulig å si hva gyldig eller korrekt transkripsjon er. Det er ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form (ibid).

Hvorvidt man skal inkludere tonefall, pauser og følelsesuttrykk avhenger av hva transkripsjonen skal brukes til (ibid). Det ble transkribert ord for ord, men med fokus på meningen i det som ble fortalt. Kvale og Brinkmann (2015) hevder at det ikke er nødvendig med spesialiserte former for transkripsjon når det dreier seg om meningsanalyse av intervjutekster. Enkelte steder var det hensiktsmessig å inkludere lyder, ord, nøling, latter eller gråt for å illustrere setningens poeng. Enkelte steder var det utfordrende å transkribere da selve meningen forsvant i digresjoner eller stotring. Å være tro mot den originale kilden (Braun & Clarke, 2006) var en viktig del av transkriberingen og en mer sammenhengende gjengivelse uten digresjoner var med på å unngå en «fordummende» fremstilling av informantene (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene ble transkribert på bokmål og eventuelle dialekter ble oversatt til skriftlig bokmålsform. Dette var med på å anonymisere deltakerne (ibid). Det ble gjort slik for å verne om dataenes opphav og gjøre transkripsjonen mer tilgjengelig for leseren. Konfidensialiteten til deltakerne ble ivaretatt ved at situasjoner, steder og personer ble aidentifisert.

For registrering av intervjuet med tanke på senere dokumentasjon og analyse ble det brukt lydopptaker. Lydopptakeren som verktøy ga mulighet til å kun fokusere på tilstedeværelse i samtalen uten og være avhengig av for mye notering underveis eller en svært detaljert hukommelse i etterkant. Ulemper ved å bruke lydopptaker kan være abstraksjoner der fysisk tilstedeværelse, kroppsspråk og gestikulering kan bli ekskludert. Etter transkribering ble lydfilen hørt gjennom en rekke ganger og stedvis ble nødvendige korrigeringer gjort. Lydopptakene ble gjennomgått så mange ganger det ble ansett at hver transkripsjon trengte for å bli ferdigstilt og gjort klar for analyse.

Tid og ressurser som ble brukt på transkripsjon var avhengig av kvalitet på lydopptak og intervjuets varighet. Transkribert materiale av hvert intervju ga ca. 10-20 maskinskrevne sider og tok ca. 3-6 timer per transkripsjon. Intervjuene ble transkribert fortløpende i intervjuprosessen, slik at hvert intervju var ferdig transkribert før neste intervju.

### **3.7 Dataoppbevaring**

Personopplysningene ble registrert og oppbevart på datamaskin tilhørende behandlingsansvarlig institusjon. Datamaterialet ble oppbevart på datamaskin på låsbart rom, beskyttet med brukernavn og passord. Utskrifter, lydopptak og notater lå sikret i låsbart skap på låsbart rom beskyttet mot innsyn fra uvedkommende. Opplysningene ble ikke behandlet av ekstern aktør, ikke overført over e-post eller Internett, ikke delt med andre institusjoner eller land. Ingen andre enn forskeren og veileder hadde tilgang til datamaterialet med personopplysninger. Til grunn for anonymiseringen lå Storbyuniversitetet OsloMet sine interne rutiner for datasikkerhet.

Materialet ble aidentifisert så fort det var innsamlet. Personlige opplysninger som navn, alder, diagnoser og stedsnavn, ble omskrevet, grovkategorisert eller fjernet slik at eksisterende informasjon ikke kunne identifisere enkeltpersoner. Datamaterialet ble anonymisert i tråd med Personvernombudets retningslinjer slik at direkte identifiserbare opplysninger og lydopptak ble slettet.

### **3.8 Analyse: Systematisk tekstkondensering (STC)**

Metoden som ble brukt i analysearbeidet var en tverrgående analysemetode basert på Kirsti Malteruds (1949-) systematisk tekstkondensering (STC). Helt overordnet handler denne analysemetoden om å beskrive fenomener fra ulike informanter gjennom en deskriptiv tverrgående analyse og egner seg godt for utvikling av beskrivelser (Malterud, 2017). En slik trinnvis analyse gir et godt grunnlag for fokusering og fleksibilitet i en studie basert på individuelle intervjuer som tar for seg betydningen av meningen i det som sies (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne arbeidsmetoden bidrar til en fornuftig avgrensning av materialet, noe som styrker muligheten for et grundig og systematisk analysearbeid (Malterud, 2017).

Det ble samlet inn kvalitative data fra semistrukturerte forskningsintervjuer og i følge Malterud vil da en slik pragmatisk tilnærming egne seg godt som analysemetode. Metoden gir innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk måte uten tilknytning til filosofiske røtter eller kvalitative metodetradisjoner (ibid).

STC har mange fellestrekk med andre kvalitative analysemetoder, men skiller seg fra disse ved enkelte veivalg underveis. Analysemetoden blir presentert gjennom 4 trinn den systematiske tekstkondenseringen følger: *helhetsinntrykk*, *meningsbærende enheter*, *kondensering* og *syntese* (ibid).

### **3.8.1 Helhetsinntrykk**

I første omgang ble et og et intervju lest for å bli kjent med materialet, finne foreløpige temaer og danne et *helhetsinntrykk*. I forsøk på å oppsummere disse inntrykkene ble det dannet en liste med foreløpige temaer med midlertidig navn. Disse temaene skulle være oppsummerende for inntrykkene som utpekte seg etter gjennomlesing. I følge Malterud (2017) handler denne delen av analyseprosessen om å endre materialet fra rådata til temaer. I denne delen av analysen ble hovedvekten lagt på helheten fremfor detaljene for å vurdere temaer som kunne dekke informantenes erfaringer. Med utgangspunkt i innsamlet materiale i henhold til problemstillingen og intervjuguidens forskningsspørsmål, ble det overordnet fanget opp temaer som vekte interesse. De foreløpige temaene som ble stående var «uro», «stress», «slitenhet», «trygghet», «forutsigbarhet», «del av noe», «ikke bare fysisk aktivitet», «mindre mentalt tankekjør etter fysisk anstrengelse», «å flytte fokus vekk fra rus og psykiatri», «bedre mat- og søvnvaner» og «selvtillit» (tabell 2).

### **3.8.2 Meningsbærende enheter**

Det ble vurdert om listen med foreløpige temaer var dekkende for problemstillingen og en oppsamling av temaene la grunnlaget for kodegruppene. Deretter var det tid for at materialet kunne kodes. Koding innebærer å bryte ned tekst i mindre enheter (Kvale & Brinkmann, 2015) og medfører en systematisk dekontekstualisering (Malterud, 2017). De delene av materialet som skulle studeres nærmere ble organisert og resten lagt vekk. Denne filtreringen skapte de *meningsbærende enhetene* og markerte skillet mellom relevant og irrelevant tekst.

Med meningsbærende enheter menes de sorterte delene av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen videre (ibid). De meningsbærende enhetene bestod i tekst som uttrykte det dominerende temaet i kodegruppen så klart som mulig. Dette førte til at 4 kodegrupper ble stående: «stressdempende», «regelmessighet», «normalitet» og «forstå seg selv» (tabell 2).

Kodegruppene fungerte som sorteringsgrunnlag og ga systematisering av de meningsbærende enhetene. Dette gjorde at store mengder tekst ble redusert ned til få kodegrupper. Utdrag av teksten ble kodemerket likt og samlet sammen med annet beslektet tekstinnhold. I følge Kvale og Brinkmann (2015) handler dette arbeidet om at man knytter et eller flere nøkkelord til et tekstsegment for å tillate senere identifisering av en uttalelse. De fire kodegruppene fikk ulikt omfang av meningsbærende enheter, men ingen gruppe ble så stor at den burde deles opp eller så liten at den burde slås sammen. De fire kodegruppene ble ansett som oversiktlige og av passe størrelse til videre arbeid. Malterud (2017) påpeker viktigheten av måtehold angående antall kodegrupper og inndelingen av dem for at analysen skal ende opp med tydelige hovedfunn. Denne delen av arbeidet med fordel drøftes med andre for å skape rom for nyanser (ibid). For å skape dette analytiske rommet ble arbeidet diskutert i samarbeid med veileder.

### **3.8.3 Kondensering**

*Kondensering* handler om å abstrahere innholdet i kodegruppene gjennom å kondensere innholdet og dermed hente ut mening. Med dette menes en identifisering og koding av de meningsbærende enhetene. Slik ble de delene av materialet uten meningsbærende enheter lagt vekk, før resten av materialet nå lå sortert i kodegrupper med meningsbærende enheter. I følge Kvale og Brinkmann (2015) og Malterud (2017) bidrar dette analysetrinnet til at man får oversikt over store mengder datamateriale med mål om å fortelle noe nytt og viktig om problemstillingen.

Kodegruppene med de meningsbærende enhetene ble sortert ned til subkategorier. For best mulig å etablere fruktbare subkategorier som kan presentere relevante nyanser av fenomenene kan det være nyttig å gjøre subkategoriseringen sammen med andre (ibid). Dette arbeidet ble derfor diskutert med veileder med sikte om å velge ut relevante subkategorier for å belyse problemstillingen. Fra hver kodegruppe ble det dermed dannet 2-3 subkategorier. For

kodegruppen «stressdempende» vokste subkategoriene «å flytte fokus», «søvn- og matvaner» og «å finne ro» frem. Kodegruppen «regelmessighet» fikk subkategoriene «å skaffe seg faste rammer» og «å ha en avtale», mens kodegruppen «normalitet» fikk subkategoriene «del av samfunnet» og «deltakelse sammen med andre». Under kodegruppen «forstå seg selv», oppstod subkategoriene «føle seg bedre og få et bedre selvilde» og «nye opplevelser av seg selv» (tabell 2).

Heretter ble subgruppen analyseenheten og det ble laget «kunstige» sitater som bar med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene omsatt til en mer generell form. Dette er et avgjørende metodisk grep i STC og beskriver et kondensat som et artefakt forankret i data (ibid). Arbeidet startet med å ta for seg av de meningsbærende enhetene i en subkategori som ble opplevd som uttrykksfull, før tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene ble skrevet inn omkring denne teksten. Deretter ble det tatt stilling til hver meningsbærende enhet i denne subkategorien og vurdert om den skulle inngå i kondensatet eller om den ikke bidro med relevant tekst i forhold til det hovedmønsteret som var i ferd med og dannes. Informantenes stemmer ble på ingen måte endret, men gjengitt som en frisk tekst oppbygd i logisk rekkefølge med elementer fra samtlige meningsbærende enheter. Etter denne filtreringen ble samtlige gjenværende meningsbærende enheter inkludert i kondensatet. Meningen med kondensatene var å gjenfortelle og sammenfatte innholdet i subkategoriene med deltakernes ord. Det ble gjenfortalt så tekstnært som mulig og fordi deltakerne snakket i første person, ble også sitatene gjengitt i jeg-form. Teksten bar i seg summen av innhold fra de inkluderte meningsbærende enhetene og ble utgangspunkt for den neste resultatpresentasjonen. Denne prosessen handler om å sy sammen igjen elementer som skal belyse ulike sider av sluttproduktet (ibid).

### **3.8.4 Syntese**

*Syntesen* er det fjerde trinnet i STC og handler om å føre kondenseringen til konkrete beskrivelser og resultater gjennom å rekontekstualisere og sammenfatte funnene. Kondensatene ble brukt til å danne en analytisk tekst for hver kodegruppe og subkategori. Analytisk tekst er forskerens egne tekst som oppstår under formidling av hva materialet forteller om en utvalgt side av problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Den analytiske teksten utgjorde kjernestoffet i hver resultatkategori og bestod av en sammenfatning og



abstraksjon av disse. Malterud (2017) skriver at en slik syntetisering bør formidle fellestrekk med variasjoner fra flere historier. Det var viktig å formidle sidene av studiens problemstilling gjennom en lojal fremstilling av deltakernes stemmer. For å konkretisere hovedfunnenes ulike dimensjoner ble den analytiske teksten illustrert med sitater. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver skal sitater ikke brukes som dokumentasjon at på funnene er sanne, men at de brukes til å illustrere nyanser og utdype teksten. Den analytiske teksten med sitater danner grunnlaget for resultatkapitlet.

Den analytiske teksten med sitater ble sammenfattet til overskrifter, og subkategoriene ble videreutviklet til resultat kategorier. Resultat kategoriene har røtter i de opprinnelige temaene, kodegruppene og subkategoriene, men bærer med seg den økte innsikten fra analyse, teori og syntese (Malterud, 2017). Analysen ble slutført ved å gi resultat kategoriene endelige navn som skulle gi et selvstendig uttrykk. Den nye innsikten som følger med disse navnene skal sette ord på det viktigste nye som har blitt funnet og sammen belyse problemstillingen (ibid). Dette gjorde at fire endelige resultat kategoriene vokste frem og ble navngitt til: «den gode sirkelen», «trygghet og forutsigbarhet», «tilhørighet til andre» og «endret selv bilde» (tabell 2).

Til slutt gjennomgikk funnene en validering i form av at de ble rekontekstualisert opp mot det opprinnelige empiriske materialet. Det ble gjennomgått om analyse stemte overens med det som opprinnelig ble sagt og om de endelige resultat kategoriene var representative for materialet.

Tabell 2:

Datamatrise med analytiske funn

<b>TEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uro</li> <li>- Stress</li> <li>- Slitenhet</li> <li>- Trygghet</li> <li>- Forutsigbarhet</li> <li>- Del av noe</li> <li>- Ikke bare fysisk aktivitet</li> <li>- Mindre mentalt tankekjør etter fysisk anstrengelse</li> <li>- Å flytte fokus vekk fra rus og psykiatri</li> <li>- Bedre mat- og søvnvaner</li> <li>- Selvtillit</li> </ul>			
<b>KODE-GRUPPE</b>	Stressdempende	Regelmessighet	Normalitet	Forstå seg selv
<b>SUB-KATEGORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Å flytte fokus</li> <li>- Søvn- og matvaner</li> <li>- Å finne ro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Å skaffe seg faste rammer</li> <li>- Å ha en avtale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Del av samfunnet</li> <li>- Deltakelse sammen med andre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Føle seg bedre og få et bedre selvbilde</li> <li>- Nye opplevelser av seg selv</li> </ul>
<b>RESULTAT-KATEGORI</b>	Den gode sirkelen	Trygghet og forutsigbarhet	Tilhørighet til andre	Selvbilde

## **3.9 Etiske vurderinger**

### **3.9.1 Godkjenninger**

Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) 08.06.17 der informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 3), samt intervjuguide (vedlegg 4) ble vedlagt meldeskjemaet (vedlegg 1). Prosjektet fikk saksnummer: 54686. Tilbakemelding fra NSD på melding om behandling av personopplysninger kom 04.08.2017 (vedlegg 2). Personvernombudet vurderte prosjektet og fant at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrådte at prosjektet ble gjennomført. Dette forutsatte at prosjektet ble gjennomført i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. NSD vurderte at prosjektet ikke behøvde godkjenning av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

### **3.9.2 Informert samtykke**

Informert samtykke handler om at forskningsdeltakerne informeres om undersøkelsens overordnede formål, hovedtrekkene i designet og risikoer og fordeler ved å delta (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved rekruttering fikk alle som oppfylte inklusjonskriteriene tilbud om å delta i studien. Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om studien og delt ut samtykkeerklæring som sikret frivillig deltakelse. Informasjonen som ble gitt var at studien var et mastergradsstudium i samarbeid mellom storbyuniversitetet OsloMet og aktuell kommune, med hensikt om å undersøke ROP-pasienters erfaringer med fysisk aktivitet gjennom individuelle intervjuer som metode.

Det ble understreket viktigheten av at frivillighet, taushetsplikt og konfidensialitet ble ivaretatt. Ingen hadde tilgang til kontaktopplysninger til de forespurte før de hadde samtykket til deltakelse, eller samtykket til å opprette kontakt. Frivilligheten ved deltakelse ble presisert slik at deltakelse ikke var relatert til behandlingen man mottok, at det ikke ville få noen konsekvenser dersom man ikke ønsket å delta og at man når som helst kunne trekke seg. Å informere om dette ble ansett som spesielt viktig siden tjenestemottaker ble rekruttert av tjenesteyter.

### **3.9.3 Konfidensialitet**

Konfidensialitet refererer til enigheten med informantene om hva som kan gjøres med datamaterialet som er et resultat av deres deltakelse (Fossheim & Ingjerd, 2013). Informantene ble informert om hvordan innsamlet datamateriale ble oppbevart og hvem som hadde innsyn i det. Før igangsettelse av hvert intervju ble det understreket informantenes anonymitet og at deres identitet ikke ville bli synliggjort. Gitt studiens kontekst og kommunens størrelse var anonymitet et viktig poeng for å beskytte deltakernes privatliv og informasjonens sensitivitet. Personnavn, stedsnavn og andre personlige kjennetegn ble gjort fiktive eller fjernet i rapporten. Deltakerne ble informert at man til enhver tid hadde rett til å trekke seg.

### **3.9.4 Sårbar informantgruppe**

Til forskjell fra etikkens formelle sider fins de usagte sidene som er like viktige å belyse. Mennesker med et ROP-lidelser faller under Helsinkideklarasjonens definisjon av «særlig sårbare grupper». Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som brukes aktivt over store deler av verden og ingen som arbeider med forskningsetikk unngår å forholde seg til Helsinkideklarasjonen (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2014; Worlds Medical Association (WMA), 2018).

Det var sentralt å være klar over at ROP-pasientenes marginaliserte og sårbare situasjon. Dette kan eksemplifiseres med informanten som samtykket til deltakelse, men som ikke dukket opp til intervju. Ved å gjøre et metodisk poeng ut av dette funnet kan denne illustrasjonen vise hvor kaotisk hverdagen kan være for informantene og belyse utfordrende følelser. Nettopp det at pasientgruppen er en marginalisert gruppe, tydeliggjorde på hvilken måte man som forsker ivaretok dem. Det ble arbeidet etter det etiske begrepet «velgjørenhet» som handler om at risikoen for «å skade» en deltaker skal være lavest mulig (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1992). Informantene kan utsettes for psykisk uro, fordreining og gjenkjennelse gjennom deltakelse (Richards & Schwartz, 2002) og det var sentralt å utvise lojalitet til den intensjonen som ga deltakerne en forutsetning for å fortelle. Dette var viktig å ha med seg med tanke på informantene som deltok i undersøkelsen, men også for den større gruppen de representerte. Eventuelle fordommer og stigmatisering ble avvæpnet av en trygg og tillitsfull terapeutisk

allianse der grunnleggende forståelse og aksept var sentralt for relasjonen. Det er særlig viktig å utvise aktsomhet når man tar opp sensitive temaer eller innhenter kunnskap fra utsatte grupper (Malterud 2016; Øye, Bjelland & Skorpen, 2007).

## 4. Resultater

### 4.1 Introduksjon

Resultatdelen vil bestå av oppsummerende analytisk tekst som er forskerens situerte analyse og tolkning basert på deltakernes stemmer. I tråd med det Malterud (2017) skriver vil teksten henvise til sitater og bruke referanser og funn fra materialet som gir dekning for resultatene.

I analyseprosessen viste det seg fire resultat kategorier som utpekte seg som belysende for problemstillingen: «den gode sirkelen», «trygghet og forutsigbarhet», «tilhørighet til andre» og «endret selv bilde» (tabell 2). Den første kategorien knyttet seg til deltakernes opplevelser av å komme inn i en god sirkel, hvor fysisk aktivitet var et av flere elementer. Den andre kategorien handlet om at fysisk aktivitet bidro trygghet, forutsigbarhet, kontinuitet og regelmessighet. Den tredje kategorien handlet om å være en del av en gruppe og føle tilhørighet og inklusjon gjennom deltakelse i samfunnet. Den fjerde kategorien viste at fysisk aktivitet ga deltakerne tilgang på nye opplevelser av seg selv og endret selv bilde.

### 4.2 Den gode sirkelen

#### 4.2.1 Å flytte fokus

Et viktig funn var at fysisk aktivitet bidro til det deltakerne beskrev som å komme inn i en god sirkel som ga flere positive, meningsfulle elementer inn i livet. En side ved å komme inn i en god sirkel handlet om opplevelsen av å flytte fokus. Å være fysisk aktiv vendte fokus bort fra negative tanker om rus og psykiatri og over på noe annet. Per delte sine tanker om dette:

*«Jeg har jo vært rusmisbruker i mange år og da har jeg jo liksom måtte bytte ut rusen med noe nå. Der har trening og fysisk aktivitet vært alfa- omega for meg. Jeg blir mer positivt opplagt da. Trening gjør at jeg kommer meg på andre tanker. Holder meg på matta.»*

Som sitatet viser kunne fysisk aktivitet være et substitutt for rusavhengighet der det å flytte fokus var en viktig brikke i det pågående arbeidet med å holde seg rusfri. Det å leve med rusproblemer kunne innebære en hverdag som dreide seg om et altoppslukende jag etter rus og kan i stor grad prege hverdagen til den enkelte. Pers utsagn fremhevet at fysisk aktivitet

har vært «*alfa- omega*», dette kan forstås som at det har vært svært viktig for han. Videre beskrev han på hvilke måter det har vært viktig for han, og ordla seg med at han «*kommer på andre tanker*» og «*holder seg på matta*». «Å holde seg på matta» kan si noe om Pers rusavhengighet og hans erfaringer med å gjøre noe han vet at ikke er bra, som for eksempel å bli ruspåvirket. Sitatet kan forstås som at det var lettere å tenke på andre ting, men også det å konkret ha noe annet å gjøre. Gjennom å tenke og gjøre andre ting erfarte Per at fysisk aktivitet bidro til å flytte fokus, og slik sett handlet denne opplevelsen om å klare å fylle livet med andre ting enn rus. Det kan også forstås som at det fysiske behovet for rus ble lettere å håndtere når han var opptatt med fysisk aktivitet, og på den måten flytte fokus fra noe som bryter kroppen ned til noe som bygger den opp.

Det var viktig å ha tro på at man kunne gjøre noe godt for seg selv og mestre andre ting selv med en trøblete hverdag. Dette gjorde deltakerne mer robuste til å overvinne de vanskelige følelsene. Ved at deltakerne var vant til å erfare en trøblete og utfordrende hverdag, ga fysisk aktivitet en positiv opplevelse av fokusflyttet fordi det bidro til å takle de vanskelige tingene bedre. Som Siri sa:

*«Det er lettere og takle de tankene som kommer. Jeg får troen på at jeg faktisk kan mestre problemene mine fordi jeg har fått til noe allerede. Litt sånn «jeg klarte å trene i dag, da kan jeg kanskje faktisk klare å tenke i andre baner ellers også». Jeg takler bedre de tankene som ellers er for vanskelige. Alt trenger liksom ikke å, ja, falle...»*

Som Siri sa: «*Alt trenger ikke å falle*». På den ene siden kan dette bety at Siri har erfaring med at livet butter og at hverdagen raser, mens det på den andre siden også kan si noe om at å flytte fokus har åpnet en mulighet for håndtering av det. Sitatet viser også hvor viktig det var å få opplevelsen av å mestre en ting som i utgangspunktet ikke fremstår som uoverkommelig, slik som fysisk aktivitet. Fra opplevelsen av at «*alt faller*» kunne gode erfaringer av fysisk aktivitet bidra til at fokuset flyttet seg til en opplevelse av at man kan få til ting som var bra for seg selv. Slik kan Siris erfaring handle om mestring og hun trakk selv frem overførbarheten av mestringsfølelsen i fysisk aktivitet og til en positiv innstilling for å mestre andre ting i hverdagen også. Således beskrev Siri hvordan fysisk aktivitet kunne bidra positivt som del av den gode sirkelen.

#### 4.2.2 Søvn- og matvaner

Informantene var samstemte i at fysisk aktivitet kunne bidra til bedre søvn- og matvaner i dagliglivet. Flere påpekte at innstillingen til å forbedre egne søvn- og matvaner ble positivt rettet fordi man allerede hadde gjort noe godt for seg selv og ønsket å fortsette trenden. Alle informantene nevnte at fysisk aktivitet hadde innvirkning på søvnen, enten i form av bedre avslapningsevne, raskere innsovning eller bedre søvnkvalitet. Ting som bedre søvn, appetitt, økt ork og mer overskudd var ting som bidro inn i den gode sirkelen. Lise erfarte det slik:

*«Jeg føler jeg får flyttet fokus og tenker mer på å spise sunt og få i meg frukt og grønt nå. Om man har bra sove- og matrutiner så funker alt det andre i hverdagen bedre også. Man blir mer positivt innstilt, konsentrerer seg bedre, sover bedre om natta og har bedre appetitt. Det er viktige ting for hvordan jeg fungerer i det daglige fordi jeg får overskudd til å gjøre mer enn hva hadde gjort ellers. Det er ingen andre ting enn trening som gir meg den effekten.»*

I dette utsagnet fortalte Lise at fysisk aktivitet indirekte førte til bedre matvaner, noe hun beskrev som viktig for egen funksjon i hverdagen. Dette kan forstås som at hun anså gode søvn- og matvaner som viktige deler av en velfungerende hverdag. *«Dette er viktige ting for hvordan jeg fungerer i det daglige»*, kan bety at Lise har erfaring med å ikke fungere i hverdagen, men at bedre vaner bidro til en opplevelse av å fungere bedre. Dette kan også vise hvordan opplevelsen av å fungere kan handle om å være i en god sirkel og mestre egen hverdag. Lise påpekte også at hun erfarte bedre konsentrasjon, en positiv innstilling og mer overskudd til å utføre andre oppgaver før hun til slutt eksklusivt tilegnet fysisk aktivitet æren for dette. Slik sett påvirket fysisk aktivitet flere aspekter av Lises hverdag.

Søvn handlet også om å være sliten eller å ha en slitsom hverdag. Fysisk aktivitet gjorde informantene slitne på nye måter, noe som i sin tur gjorde at søvnen ble bedre. Dette kan handle om mestring og resultatforventning der informantene etterhvert dannet seg erfaringer av at fysisk aktivitet indirekte kunne gi bedre søvn. På den ene siden fremkom det erfaringer om at tanken på fysisk aktivitet i seg selv var slitsom, mens på den andre siden ble det lagt vekt på at fysisk aktivitet ga nye positive opplevelser av å være sliten og bedret håndteringen av egen slitenhet. Sitatet under viser Annes beskrivelse av dette:



*«I blant føler jeg jo at dette orker jeg ikke og dette har jeg ikke lyst til og sånn, men ofte får jeg en veldig sånn positiv følelse til det at man er sliten etterpå. Hverdagen min blir mer meningsfylt når jeg er med. Jeg får mindre problemer psykisk og takler bedre å være sliten.»*

Anne beskrev at selv om hun på forhånd tenkte at hun ikke orket fysisk aktivitet, vektla hun at dette ofte snudde til det motsatte og at det å være sliten i etterkant føltes positivt. Når søvnen ble bedre, ble det også lettere å delta. Gjennom deltakelse ble Anne mer sliten i etterkant og dermed sov hun bedre. I neste omgang kan man da forstå at Anne har ork til å delta, før hun igjen kan erfare slitenhet og bedre søvn. Slik kan dette henge sammen som deler av en god sirkel. Å takle slitenhet kan handle om både å være sliten av tanker, opplevelsen av fysisk utmattet kropp etter fysisk aktivitet eller en generelt nedbrutt kropp som konsekvens av rusmisbruk eller livsstil. Dette viser hvordan biologiske aspekter som søvn kan påvirke både psykologiske og sosiale aspekter av hverdagen.

#### **4.2.3 Å finne ro**

Opplevelsen av økt ro i hverdagen ble løftet frem som et svært viktig funn. Informantene var samstemte i at fysisk aktivitet bidro til tretthet, lettere innsovning, fri fra tanker, avslapning og dermed ro. Informantene beskrev en hverdag fylt med psykisk uro og stress der ro var vanskelig å finne, men at de erfarte en pause fra hverdagskaoset i forbindelse med fysisk aktivitet. Per beskrev hvordan fysisk aktivitet kunne bidra til å finne den ellers manglende roen:

*«Jeg blir roligere, får fri fra tankene, kan koble ut og slappe av. Når jeg har trent på dagen og er sliten i kroppen er det mye lettere og falle til ro på kvelden. Hvis jeg får gjøre noe fysisk, så trøttes jeg ut på en positiv måte. Da sliter jeg ikke så mye med tankekjør, angst og panikkanfall, sånn jeg gjør ellers. Det påvirker søvnen så jeg blir normalt trøtt og jeg slipper dette sirkuset i hodet hele tiden. Så trening for meg, det er som å spise Valium det altså...»*

Per beskrev tanker, angst og panikk med «*sirkus i hodet hele tiden*». Gjennom Pers utsagn kan denne uroen forstås som et negativt ladd ord og som hyppig tilstedeværende. Per beskrev den beroligende og avstressende følelsen han erfarte etter fysisk aktivitet. Deretter ble fysisk aktivitet sammenliknet med effekten av legemiddelet Valium. Dette sitatet kan si noe om at

Per har erfaring med beroligende legemidler og hvilke referansepunkter han innehar for hvordan det å finne ro kan oppnås. Dette kan handle om hvor urolig det kan føles å være rusmisbruker og hva man ser på som løsninger for å slippe denne urolige følelsen. Fra å ha «*sirkus i hodet*» som kan assosieres med uro og støy, erfarte Per at fysisk aktivitet medførte mindre tankekjør, angst og panikkanfall, og dermed ro. Dette beskrev han som «*å spise Valium*».

Ro ble beskrevet det som det motsatte av tankekjør. Flere brukte begrepet «*tankekjør*» om den evige strømmen av negative tanker som man ikke klarte å eller håndtere. Informantene snakket om tankekjøret som et negativt ladd begrep, som noe uønsket og noe man ikke kunne kontrollere varighet eller håndtering av. Lise fortalte at tankekjøret var et ustoppelig kjøret av tanker som ikke roet seg, mens Ola beskrev det som en tilstand hvor det mentale tok over. Videre fortalte enkelte informanter om hvordan de reagerte dersom tankekjøret vedvarte og temaer som rus, selvskadning og selvmord ble beskrevet. Tankekjøret gjorde det vanskelig å finne ro og å takle livet her og nå. Den generelle erfaringen var at fysisk aktivitet var en viktig del av arbeidet for å redusere forekomsten og bedre håndteringen av tankekjøret. Dette førte med seg ro og ble ansett som veldig verdifullt. Ola fortalte om sin erfaring slik:

*«Hodet tar ikke over på samme måte fordi jeg finner ro gjennom å bli sånn godt trøtt. Når jeg ikke trener får jeg sur og negativ energi. Det er deilig å bli fysisk sliten i stedet for å bare være mentalt sliten. Det er veldig godt å få roen og gjøre noe godt for seg selv. Jeg tenker mer rasjonelt og problemene blir ikke så uløselige. Det blir ikke så følt tankekjør.»*

Ola beskrev at «*hodet tar over*», dette kan forstås som at informanten har erfaring med at tankene tar overhånd og at man ikke klarer å håndtere tankekjøret. Gjennom å bruke seg på en fysisk anstrengende måte og erfare fysisk slitenhet, kunne roen føre til at tankene ikke fikk like stor mulighet til å bli for uoverkommelige. Han beskrev det å bli fysisk sliten som en positiv erfaring og som en motsats til opplevelsen av å være mentalt sliten. Sitatet viser at fysisk slitenhet kunne føre til økt psykisk ro, noe som ble beskrevet i positiv forstand. Gjennom økt ro kunne dermed tankekjøret håndteres bedre. Ola beskrev at håndteringen av vanskelige tanker slik sett ble bedre fordi man hadde fått roen og dermed kunne tenke mer rasjonelt rundt egen situasjon. Indirekte kan dette si noe om at Ola har opplevd at uro og tankekjør kan føre til at han ikke tenker rasjonelt, men at økt ro kan føre til klarere tanker.

### 4.3 Trygghet og forutsigbarhet

#### 4.3.1 Å skaffe seg faste rammer

Et viktig funn var opplevelsen av at kontinuitet og faste rammer fulgte med deltakelse i fysisk aktivitet. Det å vite tidsrammene rundt klokkeslett på dagen, varighet og hyppighet var viktig for informantene. Det at informantene hadde et behov for, og verdsatte, disse rammene kan si noe om at hverdagen ellers ikke inneholdt den fastheten. Det å føle at man har en forutsigbar hverdag, kan stå som en kontrast til et ellers kaotisk og urolig liv og slikt sett forstås som en trygghet. Kari delte sin opplevelse av dette på denne måten:

*«Dette er jo et fast opplegg, så du får et spark bak til å komme deg ut om du er nedfor en dag. Det mest positive med opplegget er at det er mandag og torsdag til samme tid. Den største fordel er at det er fast. Om vi møtes og tar en sykkeltur eller går på treningscenter er ikke så farlig for meg. Det viktigste av alt er at det alltid er til fast tid.»*

Som Kari beskrev i sitatet var det å ha en fastsatt tid og forholde seg til like viktig som den fysiske aktiviteten i seg selv. Som sitatet viser kan det å ha faste rammer bidra til at man «får et spark bak» og slikt sett skape opplevelser av å delta, følge opp og mestre deler av en ellers tung dag. Betydningen av kontinuitet som del av de faste rammene ble løftet som viktig for informantene. I Per sin beskrivelse kommer hans erfaring med kontinuitet frem:

*«Da jeg ikke fikk rusa meg på institusjonen merka jeg veldig forskjell fordi jeg håndterte problemer bedre med hadde faste rutiner med mat, søvn og trening. Med rutiner så funker jo alt annet mye bedre også. Det passer best for meg og ha faste grunnrutiner, ellers detter jeg ut med en gang. Det har jeg lært meg nå. Jeg må ha rutinene og denne strukturen.»*

Per kjente igjen betydningen av denne strukturen slik det opplevdes under et institusjonsopphold der faste rutiner av dagligdagse oppgaver ga en opplevelse av å håndtere egne problemer bedre. Dette kan forstås som at faste rammer bidro til mestring av flere dagligdagse oppgaver, og indirekte si noe om at Per vanligvis ikke har disse faste rutinene i sin hverdag. Han sier også noe om at faste grunnrutiner med fysisk aktivitet inkludert hjelper han å ikke «dette ut». Å «dette ut» kan forstås som å ikke delta, eller ikke evne å følge opp.

Per er tydelig på at han erfart at faste rutiner er det beste for han og sitatet belyser viktigheten av å skaffe seg faste rammer.

Som del av tryggheten rundt de faste rammene ble betydningen av geografisk beliggenhet, transport dit og treningssenterets innredning ble beskrevet. Viktigheten av å vite om disse praktiske forholdene kan si noe om informantenes behov for å vite hva man gikk til før deltakelse, og i så måte si noe om trygghetsfølelsen. Det kan også si noe om at informantene visste hva som møtte dem ved deltakelse og belyse viktigheten av nettopp disse faste rammene. Betydningen av sted ble også beskrevet når det kom til utendørs værforhold. Til tross for at noen informanter satt pris på innendørsaktivitet, ønsket fler mer utendørsaktiviteter fordi det innebar andre verdifulle aspekter. En av disse deltakerne var Ola og han snakket om utendørsaktivitet på denne måten:

*«På den tida vi er på treningssenteret er det stille og fint, det er ikke kø på maskinene og god plass. Med et sted innendørs man kan være året rundt så får man trent uansett om det er bløtt eller kaldt, det er fordelene med treningssenter i forhold til å trene ute. Jeg synes det er lettest å trene ute, jeg føler jeg blir mer ålreit av det. Spinning inne og sykling ute blir to vidt forskjellige ting, da liker jeg bedre å trene på vanlig sykkel. Skal jeg være helt ærlig så er vel uteaktiviteten best for meg da jeg får frisk luft, tømmer hodet og kroppen på en helt annen måte enn jeg gjør på gymmet. Jeg får ventilert meg på en måte. Jeg liker nok ute best, men vi kunne godt hatt litt blanding med både gym og turgruppe eller noe sånt.»*

Ola mente at eget utbytte av fysisk aktivitet utendørs kunne være like bra eller bedre som innendørs, eller at en blanding av innendørs- og utendørsaktivitet kunne vært en løsning. I sitatet trakk Ola i frem at han føler han får «tømt hodet» på en annen måte utendørs enn innendørs. Det å «tømme» hodet kan forstås som at det ellers er fullt og at det føles godt å «ventilere» seg ute i frisk luft. Slik sett utfordret Ola den forutsigbarheten og tryggheten i et fast innendørs sted, til fordel for å opprettholde de faste rammene med fysisk aktivitet utendørs.

Enkelte informanter delte erfaringer om hvordan innendørs- og utendørsaktivitet kunne ha ulik påvirkning hos en person med ROP-lidelser. Disse beskrivelsene handlet om opplevelsen av usikkerhet og som motsatt til følelsen av trygghet. Det å være nervøs og føle aktivitet innendørs som psykisk belastende, kan vise at betydningen av de faste rammene angående

sted er viktig. Dette kan få betydning for den kontinuiteten informantene fremhevet som viktig, fordi slike negative erfaringer kan komme i veien for å opprettholde de faste rammene med deltakelse på et tilbud man føler seg usikker på. Per beskrev:

*«Du kan ikke dytte en som er psykisk syk og folkesky inn på et treningssenter. Det hjelper ingenting på psyken å fly rundt der nervøs og se seg bak skulderen. Det må ikke være psykisk belastende der man er og trener fysisk. For det første må man tåle og være sosial og for det andre så må man ikke være så gal at man plager andre. Man må kunne oppføre seg noenlunde normalt. Fysisk aktivitet har man nytte av, men kanskje man hadde hatt nytte av for eksempel å pakke sekken og gått seg en tur i skogen eller syklet en tur like godt som å være inne på treningssenter. Noen sier at den bevegelsen når du sykler kalles noe. Hvis du sparker fotball, så blir det «sprett og tjo og hei». Hvis du sykler så blir det en jevn bevegelse, noen påstår at sånn jevn type trening har bra påvirkning på hodet.»*

Per sitt sitat kan vise hvor skjør pasientgruppen kan være, i form av usikkerhet og nervøsitet rundt egen oppførsel på treningssenteret. Per viser hvordan fysisk aktivitet innendørs kan ha egenskapen til å påvirke psykologiske og sosiale forhold negativt gjennom «*man må tåle og være sosial*», «*man må ikke være så gal at man plager andre*» og «*man må kunne oppføre seg noenlunde normalt*». Dette kan forstås som at Per selv har negativ erfaring med å være sosial eller oppføre seg «*noenlunde normalt*», mens det på den andre siden kan si noe om hvordan Per tror at andre oppfatter han som ROP-pasient. Selv om Per mente at fysisk aktivitet innendørs kunne være belastende for en ROP-pasient, løste han dette ved å se en utvei og fremsnakke utendørs sykling som et alternativ til mennesker med psykiske lidelser. På den ene siden kan dette således forstås som at Per enten foretrakk utendørs aktivitet, eller så kan det på den andre siden henge sammen med hans unnvikelse av psykologiske og sosiale aspekter av innendørs aktivitet. Slikt sett kan dette handle om den sosiale interaksjonen, og ikke nødvendigvis at innendørs aktivitet i seg selv var utfordrende.

Som en annen del av trygghet, forutsigbarhet, kontinuitet og de faste rammene, ble betydningen av andre mennesker beskrevet. Kjent personell på treningssenteret og fysioterapeutledet gruppetime ble erfart som trygt og forutsigbart. Det var av betydning for de faste rammene at en fysioterapeut var tilstede og det var viktig for forutsigbarheten å kunne forholde seg til samme person hver gang. I tillegg til å møte et fast menneske var det en trygghet i å kunne rådføre seg med en fagperson med kunnskap om fysisk aktivitet. Det at

informantene i så stor grad verdsatte en fast gruppeleder, kan handle om at de ellers erfarte uforutsigbarhet i relasjoner. Det å vite at de faste rammene stod fast ved at den samme fysioterapeuten møtte opp hver gang, kan ha betydning for personer som ellers kan erfare vanskeligheter med relasjonsbygging. Dette illustreres med Anne sitt utsagn:

*«Det er trygt og ha med en som jobber som fysioterapeut fordi da er det ikke bare de andre brukerne du må forholde deg til. Hadde det bare vært oss brukerne så kunne det kanskje blitt litt kleint. Noen ganger er det lettere å prate med en som er på jobb. Det fint og få innspill hvis man er usikker på apparatene. Det er jo en ressurs å ha med noen som har utdanning innenfor trening og kroppen som vet hvordan den fungerer og henger sammen. Du føler deg trygg når det er med en instruktør.»*

Anne løftet frem opplevelsen av å bli sett og å få tildelt kompetanse av en fagperson. Det at Anne verdsatte at noen anså henne som betydningsfull, kan si noe om at hun vanligvis ikke følte på det å være viktig for noen. Slik sett kunne samarbeid med en fysioterapeut føles som at hun betød noe for noen, samtidig som hun beskrev en trygghet i å kunne rådføre seg med en fagperson. Anne beskrev at en fast behandler reduserte negative følelser som «*kleinhet*» og «*usikkerhet*» i gruppa, og samtidig medvirket til at hun følte trygghet. Dette kan si noe om viktigheten av at en fast behandler er en del av de faste rammene, både for Anne som deltaker, men også for gruppa som helhet. Som en del av de faste rammene rundt aktivitetstilbudet, kan slik sett en trygg relasjon med behandleren være sentral for videre deltakelse.

#### **4.3.2 Å ha en avtale**

Sentralt i de fleste informanternes beskrivelser var det å ha en avtale. Flere informanter beskrev at å ha en avtale gjorde terskelen for å delta på fysisk aktivitet lavere. Informantene fortalte at deres ROP-lidelser kunne føre til at man oppholdt seg alene innendørs store deler av dagen og dermed forsterket en meningsløs og isolert hverdag. Det fremkom at det var vanskelig å komme seg ut hjemmefra på egenhånd og dermed var en avtale avgjørende for deltakelse. Viktigheten av å ha en avtale i seg selv stod som kontrast til en kaotisk hverdag. Dette kan handle om betydningen av faste rammer og si noe om informantenes erfaring av en ellers lite forutsigbar hverdag. Dette illustreres med Lises erfaring:

*«Før jeg begynte å reise hit var hverdagen min sånn der meningsløs. Sov mye, satt og tenkte, tankekjør, slet også med depresjon og angst. Jeg var mye hjemme alene og lå på sofaen med TV-en eller musikk. Dørstokkmila føltes lang. Jeg pratet med en annen innenfor dette systemet som sa: «hadde det ikke vært for at det var fast opplegg så hadde jeg ikke kommet meg ut». Det har veldig stor betydning å ha en avtale, ellers kan jeg bare ligge i senga, bli rastløs, flakke rundt i leiligheten eller ikke vite hva jeg skal gjøre. Det er viktig og komme seg ut fra egne fire vegger hjemme. Jeg har blitt avhengig av å gjøre noe på dagen og da er det er viktig for meg med den avtalen om trening. Det er godt og ha en avtale da man ellers går hjemme 24/7. Det er jo ikke bare treninga som er viktig, men det å se folk og, ja.»*

Lise beskrev at hun følte seg tiltaksløs og rastløs dersom hun ikke hadde en avtale å forholde seg til. Dette kan si noe om at Lise selv ikke evnet å ta initiativ til aktivitet, men at en avtale muliggjorde deltakelse. På tross av en slitsom og kaotisk hverdag, så Lise likevel betydningen det hadde for henne å følge opp avtalen og hun reflekterte også over hennes situasjon før deltakelsen, samt hvordan hun reagerte uten faste avtaler. Viktigheten av det å komme seg ut hjemmefra ble belyst av flere elementer enn den fysiske aktiviteten. Sitatet viser at å komme seg ut hjemmefra handlet om å se andre mennesker, men også det å ha noe annet å gjøre som alternativ til livet hjemme. Slik sett trakk Lise frem viktigheten av fysisk aktivitet, men vinklet denne viktigheten til det å ha en avtale som førte til sosial omgang og som alternativ til en lite innholdsrik hverdag hjemme.

Viktigheten av det å ha en avtale i seg selv stor. For enkelte var viktigheten så stor at avtalens innhold hadde liten betydning. Dette kan si noe om informantens hverdag, der det å faktisk ha noe å gjøre ble ansett som berikende. Slik kan det antas at informantens hverdag ikke inneholdt så mange meningsfylte og innholdsrike aktiviteter, men det ble fremhevet at det å ha en avtale var betydningsfullt for både egne biologiske, psykologiske og sosiale aspekter i dagliglivet. Ola fortalte om sin opplevelse av å ha en avtale:

*«Det å ha en avtale er veldig viktig. Jeg er jo glad i å trene, men om du bytter ut treninga med kaffe og prat i blant, så er det nok ikke så farlig. Det er jo det å ha en avtale som er det viktigste. Den avtalen om å komme seg ut er veldig viktig. Får et spark bak.»*

Ola beskriver at å ha en avtale kan gjøre at han «får et spark bak». Dette kan, i likhet med Lises erfaring, vise at det å ta initiativ selv er vanskelig, men at en avtale gir mulighet for deltakelse. Ola fremhever at det å ha en avtale er det viktigste for han, før han videre beskriver at avtalens innhold ikke har like stor betydning. Dette kan forstås som at det ikke er like viktig hva avtalen innebærer at man gjør, men at det sentrale er at man har en avtale som gjør at man skaffer seg noen faste rammer og forutsigbare holdepunkter i hverdagen.

Som en del av det å ha en avtale, ble følelsen av forpliktelse beskrevet av fem informanter. Den ukentlige repetitive avtalen var uavhengig om informantene fulgte opp ukens avtaler, eller ikke, men bidro til at forutsigbarheten i avtalemønsteret ble styrket. Det å lage en avtale ble beskrevet som en tillitserklæring der to parter var enige om å holde hver sin del av avtalen. Ved å ansvarliggjøre begge parter beskrev informantene en forpliktelsesfølelse ovenfor avtalen som gjorde at man deltok, selv på dårlige dager. Kari beskrev det å bli tilegnet ansvar og sine erfaringer av det å ha en avtale slik:

*«Hvis jeg har sagt jeg skal komme, «så får jeg nesten gjøre det da», selv om jeg egentlig ikke orker eller har lyst. Det er godt å ha en avtale så man kommer seg ut, når man ikke ellers ville ha gjort det selv. Det er for vanskelig å komme seg ut døra selv rett og slett, men hvis du vet at det står noen og venter på deg så blir det lettere.»*

Kari beskrev at hun nok ikke hadde deltatt om ingen hadde ventet på henne eller forventet at hun skulle komme. Dette kan bety at følelser som samvittighet, pliktoppfyllenhet og forventning var avgjørende for at Kari holdt sin del av avtalen og møtte opp. Kari beskrev at egen samvittighet påvirket henne til å ikke avlyse avtalen. Dette kan si noe om at ansvarliggjøringen og avtalen betyr noe for Kari. Gjennom «det blir lettere hvis noen står og venter på deg», har Kari formidlet at vegen til deltakelse ble kortere i kraft av at hun hadde en avtale. Videre kan en avtale handle om at man føler seg ønsket og tett på Kari sitt utgang kan det således erfares som et kompliment eller en bekreftelse på at noen ville at nettopp hun skulle delta.

På tross av disse gunstige aspektene ved å ha en avtale, fremkom det at forutsigbarheten gjennom faste avtaler ikke hadde like stor betydning for alle. En informant beskrev at han følte seg i stand til å holde seg i fysisk aktivitet på egenhånd og derfor ikke trengte noen fast avtale. Per ordla seg slik:



*«Nei, jeg kan rive meg opp av sofaen og komme meg ut døra jeg altså. Det er ingen som trenger å pushe meg sånn sett. Jeg holder meg i fysisk aktivitet selv om det ikke er noen som sier at i dag er det trening. Det går helt fint. Jeg er ikke så mye på treningssenteret, men om sommeren sykler jeg mye og da liker jeg best å trene alene uansett.»*

Dette funnet åpnet for ulik forståelse av det å ha en avtale. På den ene siden kan det forstås som at Per evner å ta ansvar for fysisk aktivitet selv uten noen avtale og opprettholder en forutsigbarhet i sin fysiske aktivitet på egenhånd. På den andre siden kan det tenkes at Per har erfaring med å ikke holde sine avtaler og han påpeker at han både foretrekker å holde seg fysisk aktiv uten avtale, samt å trene alene. Ved å ikke inngå avtaler med andre kan man unngå både forventning om å holde dem og skuffelsen som kan oppstå ved å bryte dem. Slik sett kan faren ved å stille for store forventninger være at fallhøyden ved avtalebrudd øker og at deltakelse uteblir.

#### **4.4 Tilhørighet til andre**

##### **4.4.1 Del av samfunnet**

Det var viktig å føle tilhørighet til treningssenterets sosiale normer utenfor kommunale tjenester sammen med «*friske*» og «*andre som ikke er gærne*». Å delta i et miljø med «*vanlige folk*» og «*normale mennesker*» var gjentakende beskrivelser. Det å tilhøre et treningssentersamfunn sammen med andre skapte en opplevelse av felleskap og en tilhørighetsfølelse til samfunnet. Indirekte kan dette si noe om at ROP-lidelsene hadde medført en opplevelse av å stå utenfor samfunnet ellers. Siri la frem sine erfaringer:

*«Jeg ser jo nå at de fleste andre er normale mennesker og at ingen er superfit som har holdt på i hundre år, det gjør at jeg får slappe av der også. Det går kjempefint nå som jeg har slått meg til ro med de menneskene som er rundt meg, de er jo bare vanlige folk som meg. Alle som er på treningssenteret trener jo på en måte for det samme, eller er på jakt etter det samme. Det bidrar til en fellesskapsfølelse.»*

Slik beskrev Siri det som en lettelse å se at andre mennesker på treningssenteret bare var «*vanlige folk*» fordi hun dermed fikk slappe mer av i den sosiale konteksten. Dette kan på den

ene siden si noe om hennes forutinntatte forventning eller opphøyning av menneskene på treningssenteret, men på den andre siden kan det også indirekte si noe om hennes tanker om at hun selv tilhørte en annen gruppe mennesker eller samfunn. Sitatet viser at gjennom deltakelse endret denne utenforstående følelsen seg, og tilhørighet ble beskrevet med en setning hvor hun så seg selv i likhet med de andre sentermedlemmene. Dette viser at Siri gikk fra å se på seg selv som deltaker utenfor samfunnet, til å inkludere seg selv som del av samfunnet gjennom deltakelse og tilhørighet.

I kontrast til å føle seg som en del av samfunnet fremkom det at enkelte informanter erfarte at deltakelse sammen med andre førte til en slags sosial gruppering av menneskene på treningssenteret, og dermed tanker om hvilke mennesker som ble plassert i hvilken gruppe. Det ble slik beskrevet et sosialt skille mellom gruppedeltakerne og de andre sentermedlemmene. Ola snakket om dette slik:

*«Det er fint å trene der både for mine fysiske og psykiske plager. Hvis du trener alene, så synes du synd på deg selv. Hvis du trener med andre så tar du i litt mer, du øker formen og er sosial samtidig. Folk på treningssenteret vet jo at kommunen har betalt plasser til oss og da vet dem sikkert hvem i kommunen som har betalt, så da går jeg ut ifra at de vet hvorfor vi er der. Det er ikke alle som er med og trener som vil erkjenne at de er i dette systemet, men de er jo avslørt når de møter opp på bestemt tid mandag og torsdag. Selv om de ikke vil innrømme at de er med på treninga og ikke prater med fysioterapeuten, så har dem avslørt seg. Jeg tror ikke at alle synes det er like stas og si dem har psykiske problemer.»*

Sitatet illustrerer hvordan Ola reflekterer rundt fordommer knyttet til psykiske lidelser og erkjennelse av det i treningssentersamfunnet. I tillegg til å føle tilhørighet og felleskap med andre på treningssenteret, forklarte Ola hvordan man også var deltaker og bidragsyter til et fellesskap innad i aktivitetsgruppen. Ola delte tanker om egen plassering og vurderte sin tilhørighet i gruppen han selv deltok på opp mot andre treningssentermedlemmer. Dette nyanserte det å trives som gruppedeltaker i offentlig samfunn, kontra det å streve med å passe inn innad i gruppetilbudet. For Ola ble tilhørigheten til ROP-gruppen ambivalent beskrevet da han på den ene siden trakk frem at han trivdes der og foretrakk fysisk aktivitet sammen med andre, mens han på den andre siden brukte negativt ladde ord som «avslørt» og «innrømme» når han beskrev deltakelse innad i gruppen. Dette kan si noe om stigmatiseringen og skammen som er knyttet til pasientgruppen. Det at Ola som deltaker i gruppen ble identifisert

som ROP-pasient, kan ha skapt en følelse av skam over egen situasjon og tilhørighet i denne gruppen. Da Ola reflekterte rundt skammen over at ROP-lidelsene ble synliggjort på treningssenteret, skiftet han fra å snakke om egne erfaringer i første person, til å beskrive andres erfaringer i tredje person. Ved å tilegne andre disse erfaringene kan det forstås som Olas forsøk på å distansere seg fra skammen han følte over identifikasjonen som ROP-pasient.

#### 4.4.2 Deltakelse sammen med andre

Det sosiale aspektet ved deltakelse sammen med andre fikk stor plass i informantens beskrivelser. Tilhørigheten i en gruppe og deltakelse sammen med andre stod sentralt. Informantene var samstemte i at dette ga økt motivasjon for videre deltakelse gjennom å yte mer og hjelpe hverandre. For mange av informantene var det like viktig å treffe folk, være sosial og føle en gruppetilhørighet, som å være i fysisk aktivitet. Anne delte sine tanker om det å tilhøre et fellesskap på denne måten:

*«Jeg føler ofte at alle ser på meg og alt jeg ikke kan, men hvis det er flere der så er det ikke bare meg i fokus. Man har liksom den ene felles tingen og det er trening. Jeg setter veldig pris på at jeg blir en del av et sånt fellesskap. Det er samme som når jeg skulle slutte og røyke, jeg hadde aldri klart det om jeg ikke hadde gått i gruppe og blitt pushet. Det er lettere å motivere seg da man kjenner fellesskap og kan pushe hverandre, gi tilbakemeldinger og råd. Man kan prate med sidemannen mens man trener og glemme litt at man har det så tungt som man har det. Det er jo ikke bare treninga som er viktig liksom, men det å se folk. Det er jo sosialt samvær og det synes jeg er innmari ålreit. Jeg får se noe annet og vært sammen med andre. Selv om jeg ikke alltid prater så mye, så føler jeg at det hjelper og komme ut en stund og bare være en del av en gruppe.»*

Som sitatet viser ble det hentet inspirasjon fra hverandre i kraft av at man deltok sammen. Det å delta sammen med andre kan handle om inklusjon og fellesskap og kan slik si noe om Annes sosiale situasjon utenfor gruppetilbudet. Det at sosial omgang med andre ble verdsatt høyt kan tyde på at Annes hverdag manglet sosial omgang med andre, eller at hun ønsket å endre de sosiale miljøene hun vanligvis oppholdt seg i. Slik la det fysiske aktivitetstilbudet opp til at man kunne skape en tilhørighet og et sosialt miljø gjennom deltakelse med andre.

Til slutt ble ytterligere et perspektiv ved det å være i fysisk aktivitet sammen med andre belyst, nemlig det å kunne konkurrere mot hverandre. Når flesteparten av informantene mente at deltakelse sammen med andre skapte en tilhørighets- og fellesskapsfølelse, stod det som en kontrast at prestasjon virket som motivasjon til deltakelse sammen med andre. Ola beskrev hvordan han ble motivert til å trene slik:

*«Det er bra å trene med noen andre. Hvis man ligger litt likt i styrke og sånn, så kan man pushe hverandre. Da man konkurrerer om å være best så blir det lettere å motivere seg.»*

Det var kun Ola som snakket om konkurranseaspektet av gruppetrening, men det kan belyse spennet i materialet og si noe om at tilhørighet og deltakelse med andre erfares ulikt. Selv om det var vinnerinstinktet som motiverte Ola til deltakelse, vil det være et perspektiv ved fysisk aktivitet som ikke hadde kommet frem uten deltakelse sammen med andre. Uttrykket «Å pushe» ble brukt av både Anne og Ola. For Anne betød det en støttende holdning fra de andre gruppedeltakerne for å hjelpe til og yte sitt beste. For Ola betød uttrykket å yte sitt beste, men her ble «å pushe» beskrevet som en målrettet innsats for å vinne i konkurranse. Til tross for to ulike perspektiver på betydningen, ble «å pushe» hverandre beskrevet som en av fordelene ved å tilhøre en gruppe.

## **4.5 Endret selvbilde**

### **4.5.1 Føle seg bedre og få et bedre selvbilde**

Et funn var at eget selvbilde kunne endre seg til det bedre etter fysisk aktivitet. Felles for samtlige informanter var at selvbildet kunne påvirkes av fysisk aktivitet på en positiv måte. Anne fortalte hvordan erfaringer med fysisk aktivitet hadde bidratt til hun følte seg bedre og hadde fått en mer positiv innstilling på denne måten:

*«Jeg blir mer fornøyd med meg selv da jeg har trent og jeg har fått mer positiv innstilling til å være sliten av trening. I går var jeg veldig sliten, men da opplevde jeg noe positivt, at selv om jeg ble veldig svett og andpusten så ga det seg fort etterpå. Det føles som en seier.»*

Anne beskrev en opplevelse av fysisk aktivitet med at det «*føltes ut som en seier*». Dette kan assosieres med en god følelse. Det kan si noe om at hun følte hun vant over seg selv, eller at hun følte mestring og tilfredsstillelse over å ha gjennomført oppgaven. Hun beskrev at innstillingen til fysisk aktivitet hadde blitt mindre negativ og at hun følte seg mer fornøyd med seg selv i etterkant. Dette både kan si noe om hvilken holdning hun hadde til fysisk aktivitet før start, men også noe om selvtillit til seg selv i fysisk aktivitet.

Å være fornøyd med seg selv ble videre beskrevet av flere informanter og var en viktig del av selvbildebeskrivelsene. Flere informanter fortalte at selvbildet handlet om selvfølelse og forhold til egen kropp. Når informantene snakket om erfaringer rundt dette handlet det om kroppsvekt, utseende, fysisk form og ønske om endring i kroppsfasong og livsstil. Disse erfaringene hadde betydning for motivasjonen til deltakelse på fysisk aktivitet. Å være fornøyd med seg selv ble også beskrevet i kraft av at man hadde greid og delta. Begge disse perspektivene ble beskrevet gjennom Lises utsagn:

*«Jeg tenker ikke så mye på problemene hvis jeg er fornøyd med kroppen. Sånn som det er nå så har jeg lav selvtillit til kroppen min og trening. Jeg stresser og sloss mot vekten hele tiden. Jeg har lyst til å legge om livsstilen min og gå ned i vekt. Jeg tenker at jo bedre form man blir i, jo lettere blir det også mentalt. Og motsatt visner kroppen bort hvis man har så mange andre problemer at man glemmer den. Jeg får bedre selvbilde om jeg for eksempel ser litt mer fit ut i speilet. Det er vel det at når man trener så løsner endorfiner i hjernen som gjør at man blir i bedre form og humør. Jeg kjenner at jeg blir litt mer fornøyd med meg selv da jeg klarer å bli med på treninga. Jeg får litt sånn god selvfølelse, akkurat en liten stund hvert fall...».*

Lise beskrev at å føle seg mer fornøyd med kroppens fysiske form kunne gjøre at selvbildet endret seg til det bedre. Hun nyanserer også hva hun blir «*fornøyd*» med da hun både henviser til at fysisk aktivitet gjør henne mer fornøyd med eget utseende, samtidig som hun blir fornøyd med seg selv for å ha deltatt. Dette kan indirekte handle om selvbildet ble endret gjennom mestringserfaringer, både i form av å oppnå ønsket fysikk, men også i form av å faktisk mestre det å delta. Dette kan igjen si noe om hvordan fysisk aktivitet påvirket på flere vis, men at å føle seg bedre og få et bedre selvbilde var sentralt. Som en kontrast til det bedre selvbildet, fikk en informant påvirket selvbildet negativt gjennom erfaringer av de andre menneskene på treningssenteret. Dette viser at fysisk aktivitet ikke utelukkende

medførte et bedre selvbilde, men at det var kontraster i funnene. Dette kom til uttrykk hos Kari som fortalte hvordan hun sammenliknet seg med andre:

*«Samme hvor hardt jeg trener liksom, så kommer jeg og ja, viser hvor dårlig form jeg egentlig er i da. Det blir litt flaut og da. Jeg ser jo de andre folka som løfter 100 kg og ja, jeg føler liksom da at herregud, er jeg i så dårlig form. Jeg er litt fæl til å sammenlikne meg. Jeg har vel kanskje satt meg urealistisk høye mål og hatt prestasjonsangst med for store krav til meg selv, «flink pike syndromet» og tenkt at jeg må prestere. Jeg tenker at jeg skal prestere for alle andre enn meg selv.»*

Som sitatet viser kan dette hovedsakelig handle om Karis sammenlikning av seg selv og andres fysiske nivå. Hun beskriver negative følelser og flauhet over at hun føler seg i dårlig fysisk form. Dette kan forstås som hennes oppfatning av seg selv på et lavere fysisk nivå enn andre deltakere på treningssenteret, noe som dermed kunne bidra til at selvbildet ble undergravd og gi en lavere mestringsfølelse. På den andre siden reflekterer hun over sin egne selvkritiske tone og knytter sammenlikningen av seg selv og andre til hennes strenge krav til seg selv. Dette kan tyde på at hun er klar over at hun stiller for høye krav til egen selvbildeoppfatning, således kan det handle om andre ting enn at fysisk aktivitet i seg selv ga henne redusert selvbilde.

#### **4.5.2 Nye opplevelser av seg selv**

Å få nye opplevelser av seg selv gjennom fysisk aktivitet ble beskrevet. Dette viste seg på flere måter. Informantene fremhevet nye, uvante følelser som stolthet, bedre humør og økt selvfølelse. Det at fysisk aktivitet kunne føre til nye opplevelser av seg selv ble beskrevet som positivt. Slike aha-opplevelser kunne gi ny innsikt til seg selv og en positivt rettet innstilling til videre deltakelse i fysisk aktivitet. Gjennom dette sitatet fremhevet Siri sine erfaringer:

*«Jeg tror treninga har gjort at jeg får litt sånn «åja, hvis jeg trener så blir jeg faktisk i bedre humør». Ikke sånn at «nå har jeg vært med på trening så nå fikk jeg plutselig en ny muskel her», men mer sånn at jeg føler meg bedre da. For meg er det egentlig det som skal til for å finne nøkkelen til å bli friskere. Gjennom denne treninga får jeg en påminnelse om at fysisk aktivitet nytter.»*

Som sitatet viser handlet dette om at nye opplevelser førte til et endret selvbilde og bedre selvfølelse. Siri sa noe om at hennes nye opplevelser av seg selv i fysisk aktivitet ikke handlet om kroppslige endringer, men om hennes selvfølelse og humør. Slik kan de nye opplevelsene forstås som overførbare til andre psykologiske og sosiale forhold i hverdagen.

Som en kontrast til de positive, nye opplevelsene av seg selv, er det et poeng å få frem at ikke alle erfarte dette. Lise erfarte det slik:

*«Jeg streber etter og finne balansen ordentlig og få mer mestringsfølelse i hverdagen. På sikt har jeg jo mange mål om å bli tynnere, sterkere, få bedre kondisjon og alt det der. Det sies jo at når man har trent en stund så blir det lettere, men jeg venter enda på at det skal skje da.»*

Slik fortalte Lise fortalte at hun også ønsket å skape nye opplevelser av seg, men at fysisk aktivitet ikke hadde bidratt til det enda. Da Lise snakket om fysisk aktivitet ble det tydelig at hun hadde et håp om å erfare disse nye opplevelsene av seg selv på sikt. På den ene siden beskrev at hun ønsket fysiske endringer, mens på den andre siden vektla hun ting som «*balanse*» og «*mestringsfølelse i hverdagen*». Dette kan vise at fysisk aktivitet har kraft til å påvirke flere perspektiver av informantenes selvbilde og gi mulighet for nye erfaringer av seg selv på både biologisk, psykologisk og sosiale plan. Lises refleksjon rundt fysisk aktivitets påvirkning på hennes «*balanse*» og «*mestringsfølelse i hverdagen*» kan si noe om at hun selv har gjort seg tanker om at deltakelse har kraft til å påvirke flere aspekter av hennes dagligdagse liv.

## 5. Diskusjon

### 5.1 Introduksjon

I denne studien var formålet å få bedre kunnskap om ROP-pasienters erfaringer med fysisk aktivitet og hvordan disse erfaringene kunne forstås i lys av teorier om mestring og biopsykososiale forhold. Studien viste at fysisk aktivitet hadde betydning og innvirkning på en rekke ulike måter og områder. Diskusjonen innledes med en presentasjon av de fire hovedfunnene. Deretter følger resultatdiskusjon hvor studiens empiri drøftes i lys av annen forskning og teoretiske modeller for å besvare studiens problemstilling. Diskusjonen er strukturert med tre tverrgående temaer som er overordnet beskrivende for de fire hovedfunnene: «*Valium eller joggesko i pillebrettet?*», «*Endret forhold til hode, skulder, kne og tå...*» og «*Så; kroppen og toppen- handler det om å henge i stroppe?*». Til slutt presenteres egen refleksjon og avslutning.

### 5.2 Presentasjon av hovedfunn

For det første viste funnene at fysisk aktivitet bidro til å komme inn i en god sirkel. Å komme inn i en god sirkel innebar at deltakerne i større grad klarte å flytte fokuset bort fra ROP-lidelsene og til å finne en indre ro. Den fysiske aktiviteten bidro også til en endring av søvn- og matvaner. For det andre synliggjorde funnene at trygghet og forutsigbarhet viste seg i form faste rammer og det å ha en avtale. For det tredje viste funnene at deltakerne fikk en opplevelse av fellesskap og tilhørighet og slikt sett følte at de var en del av resten av samfunnet. For det fjerde viste funnene at fysisk aktivitet bedret selvbildet og ga tilgang til nye erfaringer av seg selv. Likevel viste funnene at til tross for de mange positive tingene ved fysisk aktivitet, var deltakelse på samme tid et skjørt prosjekt som forble en krevende prosess med å holde seg på rett kjøll. Deltakerne opplevde også en ambivalens til det å være i fysisk aktivitet. Til tross for alle de positive opplevelsene og resultatene er det viktig å poengtere at forholdet mellom fysisk aktivitet og rus-og psykiatri ikke var svart-hvitt eller at fysisk aktivitet medførte alle disse positive ringvirkningene for alle. Det fremkom at fysisk aktivitet ikke passet like godt for alle og at vegen tilbake til rus og psykiatri tidvis kunne føles kort.



### 5.3 Valium eller joggesko i pillebrettet?

Et viktig funn var at deltakerne erfarte at å komme inn i et fast aktivitetsopplegg bidro til å komme inn i en god sirkel. Å komme inn i en god sirkel viste seg på flere måter. For det første handlet det å komme inn en god sirkel om å finne roen gjennom å redusere tankekjør og lettere klare å flytte fokus. Deltakerne beskrev en hverdag med uhåndterbare og vonde følelser som førte til et ustoppelig tankekjør med konstant uro og angst. Å være fysisk aktiv bidro til å redusere tankekjøret og det var lettere å flytte fokuset bort fra alt som var stressende og vanskelig. Fysisk aktivitet ble på denne måten et selvhjelpsmiddel. Dette stemmer overens med Dahl (2011) som hevder at fysisk aktivitet kan dempe angst, uro og tankekjør hos ROP-pasienter.

Studien viste at fysisk aktivitet ga andre impulser. Fysisk aktivitet krevde en oppmerksomhet og tilstedeværelse som ga mindre plass til å la tankene overta. Dette kan ses i sammenheng med en fokusendring der fysisk alternativ ble et alternativ til å ruse vekk vanskelige tanker. Diskutert i lys av studien til Langaas et al. (2016) ses likheter der gatefotball bidro til deltakelse fremfor å ruse vekk håpløsheten. Her er fotball fysisk og sosialt utfordrende på en annen måte enn for eksempel samtalerapi, og felles for studiene er at deltakerne brukte det å flytte fokus til sin fordel. På samme måte ser man at aktivitetstilbudet lettet den vanskelige hverdagen fordi man ble utfordret og stimulert på andre måter. Likevel brukte noen rus som selvmedisineringsmetode eller mestringsstrategi for å oppnå ro. Dog som en effektiv, men kortvarig løsning. Som også annen litteratur beskriver er en vanlig bakenforliggende årsak til rusmisbruk nettopp å dempe ubehageligheter som tankekjør, uro og angst (Dahl, 2011). Dette kan illustreres med informanten som sammenliknet effekten av fysisk aktivitet med å ta valium. I ironiens tegn kan dette være et beskrivende ordspill da det kan være reelt at ROP-pasienter har erfaring med denne type legemiddel, og har følt effekten av det. Selv om formålet med utsagnet var å beskrive effekten av fysisk aktivitet, kan det også si noe om hva informanten identifiserer seg med, relaterer til og hvilke referanserammer man har for å oppnå ro.

For det andre handlet den gode sirkelen om at deltakerne fikk et endret søvnmønster. Enkelte deltakere oppga at døgnrytmen var styrt av tiden fra en dose rusmiddel til den neste og at rus påvirket grad av tretthet og evne til avspenning. Redusert søvnkvalitet kan avhenge av flere ting. I følge da Silva et al. (2016) er det mange faktorer som er avgjørende for god søvn, blant

annet kan personens subjektive oppfatning av egen helsetilstand virke inn på den enkeltes søvnkvalitet. Van Mill, Hoogendijk, Vogelzangs, van Dyck og Penninx (2010) fant at deprimerte pasienter ofte opplevde redusert søvnkvalitet. Dette stemmer overens med det deltakerne i min studie erfarte. Et annet poeng var at deltakerne ble mer utmattet og søvnige etter fysisk anstrengelse, noe som ga et søvnmønster med bedre søvnkvalitet. Dette belyses av Kredlow, Capozzoli, Hearon, Calkins og Otto (2015) som viser at økt fysisk aktivitetsnivå er positivt relatert til bedre søvnkvalitet. Likevel, deltakerne beskrev at morgentaler var vanskelig fordi det krevde en viss døgnrytme hvor man stod opp i tide. Forskningen til Stenvold (2013) viser at man har individuelle preferanser for når man skal stå opp, legge seg og når på dagen man presterer best. En døgnrytme i utakt med samfunnets kan føre til negative konsekvenser som tretthet, nedsatt produktivitet, lavere kvalitet i problemløsning, dårligere konsentrasjonsevne og mer irritasjon (ibid). I lys av dette er det uvisst hvilket tidspunkt på dagen som medfører størst deltakelse og i hvor stor grad man skal presse på med fysisk aktivitet. Selv om fysisk aktivitet kunne endre søvnmønsteret, var det skjøre skott mellom å lykkes og feiles, der nettopp tidlig oppmøte var utfordrende. Slikt sett kan tidspunktet for fysisk aktivitet ha betydning for å få med seg flest mulig, selv om dette ikke alltid trenger å handle om søvn.

For det tredje handlet den gode sirkelen om at fysisk aktivitet bidro til en endring i matvaner. Deltakerne beskrev at ROP-lidelsene skapte kaotiske liv med dysfunksjonelle, uregelmessige måltidsmønstre og næringsfattig mat. Dette handlet om manglende kunnskap om ernæring, redusert økonomisk situasjon og en likegyldighet til hva som dekket sultbehovet. Dette støttes av Neale, Nettleton, Pickering og Fischer (2012) som beskriver at rusmisbrukeres måltider ofte er preget av rask, lite næringsrik og lett tilgjengelig kost som inntas når behovet er der. Funn viste at fysisk aktivitet genererte sultfølelse hos deltakerne og skapte en refleksjon over egne matvaner, type matvarer og måltidstidspunkt. Deltakerne hadde en oppfatning om at folk som trente burde spise «sunt» og ønsket dermed å spise mer av typisk «sunne» matvarer. I følge Neale et al. (2012) kan spisemønstre endres og fordelene ved å forbedre matvanene fremheves.

#### 5.4 Endret forhold til hode, skulder, kne og tå...

Et viktig funn i studien var at deltakerne erfarte at fysisk aktivitet ga tilgang til nye opplevelser man ikke vanligvis hadde, og ikke minst i forhold til hvordan man opplevde seg selv. Dette viste seg på flere måter.

For det første viste funnene at fysisk aktivitet bidro til et bedret selvilde. Dette ble tydeliggjort gjennom at deltakerne inntok nye sosiale roller i nye kontekster. Både det å være del av en gruppe og å være på et treningssenter stod i kontrast til den vanlige hverdagen. I studien om gatefotball (Langaas et al., 2016) ble det tydeliggjort hvordan selvilde og identitetsskaping blir påvirket av hvilke subjektposisjoner man tilbys og inntar i en sosial sammenheng. Funnene viste at den sosiale eksponeringen ga rom for et positivt syn på seg selv og slikt sett en endring av selvilde. Deltakerne beskrev at samfunnsdeltakelse gjennom treningssenteret ga en følelse av aksept. Dette funnet støttes av Skatvedt (2008) som skriver hvordan aksept i hverdagslige situasjoner har potensiale til å endre hvordan man ser på seg selv. I likhet med gatefotballspillerne ble det oppgitt at fysisk aktivitet representerte en «normal» og sosialt akseptabel aktivitet. Dette kan forstås som en viktig del av hvordan man oppfatter sosial handling, og dermed hvordan man identifiserer seg selv og opptrer (Skytte, 2008).

For det andre beskrev mange deltakere en hverdag som innebar negative evalueringer om seg selv og skam over å identifisere seg med ROP-lidelser. Skam er knyttet til følelsen av å bli sett ned på, følelsen av å være avslørt med en lidelse og en håpløshet knyttet til den samlede situasjonen (Nomerstad, 2013). I følge Thornquist (2009) vil pasienter, gjennom fysisk aktivitet kunne knytte sammen følelser og kroppslige reaksjoner og relatere de til sosiale situasjoner. I en studie av Gyllensten, Hansson og Ekdahl (2003) ble personlighetsforstyrrede pasienters erfaring med behandlingsformen «basic body awareness» undersøkt. Studien viste at emosjonelle aspekter, kontakt med eget sinn og selvilde kunne bli påvirket gjennom proprioepsjon, sensitivitet og oppmerksomhet fra kroppen. Dette førte til at deltakerne fikk et verktøy til å bedre forstå og håndtere seg selv gjennom kroppens signaler. Det fremkom at deltakerne erfarte at å bruke kroppen var et nyttig verktøy for bedre forståelse av seg selv og slik støttes dette funnet av overnevnte studie. Med oppmerksomhet rettet mot bevegelse blir sansesystemet skjerpet og gir en nyansert opplevelse av egen subjektivitet og identitet (Skjærven, 1999). Også i studien til Langaas et al. (2016) viste funnene at gatefotball ga

tilgang til nye og positive opplevelser av seg selv. I likhet med gatefotballen skapte fysisk aktivitet en samhandlingsarena for å møte andre og ga mulighet til identitetsbygging. Sentrale funn viste at slike positive erfaringer bidro til en opplevelse av mestring som ga økt tro på det å mestre igjen.

### **5.5 Så; kroppen og toppen- handler det om å henge i stroppen?**

Et sentralt funn var opplevelsen av at fysisk aktivitet som arena ga tilgang trygghet, forutsigbarhet, kontinuitet og stabilitet.

For det første handlet det om at faste rammer ga trygghet og forutsigbarhet. Deltakerne ga uttrykk for at livet med ROP-lidelser medførte en kaotisk hverdag med lite kontinuitet og stabilitet. Den fysiske aktivitetsgruppen innebar et tilbud med faste rammer og var viktig for opplevelsen av deltakelse og inklusjon. Rammene handlet om alt fra praktisk organisering som avtalte dager og tidspunkt til å møte andre deltakere og mennesker på treningssenteret. Aktivitetstilbudet ga mulighet for en viss kontinuitet i hverdagen. I følge Ness, Borg og Davidson (2014) vil meningsfull aktivitet og deltakelse bidra til tilhørighet og stabilitet i hverdagen. Ansvarliggjørelse av deltakerne gjennom en avtale viste en gjensidig tillit der innfrielse av forventning skilte seg fra gjennomføring av forpliktelse. For noen deltakere var det å komme seg ut hjemmefra viktigere enn aktiviteten i seg selv. På en annen side kunne et avtalebrudd gi dårlig samvittighet og en følelse av å skuffe, noe som kunne forsterke nederlagsfølelsen.

For det andre viste funnene at tillit og relasjoner sto sentralt. Deltakerne beskrev betydningen av å møte en fysioterapeut med kunnskap om kropp og fysisk aktivitet som viktig. Like viktig var opplevelsen av å bli møtt med respekt, forståelse, anerkjennelse og evne til å skape relasjon. Fysioterapeuten stilte opp til fast tid, på fast sted og møtte deltakerne med en innstilling om å forsøke på nytt, uavhengig av uforutsigbar oppmøtefrekvens fra deltakernes side. En pasient-behandler situasjon i alminnelige omgivelser kan føre til at forholdet får verdifulle aspekter og at en profesjonell, men varm relasjon kan ha ekstra stor betydning for ROP-pasientene med utfordringer i henhold til relasjonsbygging. Dette støttes av Lambert og Barley (2001) som skriver at den terapeutiske relasjonen har betydning for om behandling virker.

For det tredje viste funnene at fysisk aktivitet bidro til å føle seg som en del av samfunnet og slikt sett ga dette en opplevelse av normalitet. Deltakelse i fellesskap ga bekreftelse og en følelse av at man kunne bidra med noe. Å dele en virkelighet sammen med andre bidro til en følelse av aksept. Gudde, Olsø, Wittington og Vatne (2015) fremhever at det å delta i et normalt samfunn, etter å ha levd på siden av samfunnet i lang tid, kan gi grobunn for nye relasjoner utenfor en behandlingskontekst. I likhet med studien om gatefotball vektla deltakerne tilhørigheten som viktigere enn aktiviteten i seg selv (Langaas et al., 2016) fordi en meningsfull hverdag med aktiviteter og deltakelse bidro til stabilitet i hverdagen (Ness et al., 2014).

## **5.6 Funn sett i lys av to modeller**

Funnene viste samlet sett at et fysisk aktivitetstilbud for ROP-pasienter for det første handlet om å få en sjanse til og inkluderes i samfunnet, og for det andre handlet det om å føle ny mestring. Funnene diskuteres i lys av modellen om mestringsforventning av Albert Bandura (1997) og George Engels (1977) biopsykososiale modell. I førstnevnte modell oppstår mestringsforventning gjennom fire hovedkilder: *mestringsopplevelser*, *modelløring*, *sosial overtalelse* og *fysiske reaksjoner* (Manger et al., 2013), mens sistnevnte modell tar for seg biologiske, psykologiske og sosiale aspekter.

### **5.6.1 Å få en sjanse og føle seg inkludert**

Som allerede beskrevet sto deltakernes opplevelse av å få en sjanse til inklusjon i en normal verden sentralt. Dette handlet om flere ting. Blant annet tilliten, og nødvendigheten, i å ha en avtale med noen, å føle tilhørighet og aksept. Ved bruk av Albert Banduras modell kan dette forstås i lys av begrepene om *modelløring* og *sosial overtalelse*.

Ved observasjon av andre modeller tar man til seg lærdom gjennom å fokusere på det som skjer i omgivelsene og ta etter deres atferd. I følge Bandura (1997) kan det å vitne mennesker lykkes løfte egen tro på at man innehar evner til å beherske sammenlignbare aktiviteter. *Modelløring* kan brukes til å forstå studiens funn da deltakerne gjennom observasjon av andre ønsket og tilnærme seg mestring på samme måte. Hos noen vekte dette et konkurranseinstinkt. Modelløringen kunne det også føre til en tro om at man ikke hadde de

evnene som krevdes, gi lavere selvbilde og liten motivasjon til å forsøke igjen. Dette funnet fremheves fordi det kan vise hvor skjørt et slik opplegg med ROP-pasienter kan være. Det er derfor viktig at slike opplegg fremmer troen på seg selv uansett om deltakerne faller ut gang på gang.

*Sosial overtalelse* handler også om hvordan mestring kan påvirkes gjennom ord, sosial og verbal overtalelse fra andre (ibid), for eksempel instruktør eller andre deltakere. Funnene handlet om at positive tilbakemeldinger økte forventningen om mestring. Gjennom bruk av positiv sosial overtalelse beskrev deltakerne at de følte seg inkludert og akseptert på linje med andre medlemmer på treningssenteret. Sosial overtalelse gjennom verbal oppmuntring ga økt tro på egne evner og en bekreftelse på at man var god nok.

Ser man funnene i lys av BPS-modellen ser man hvordan fysisk aktivitet hos ROP-pasienter kan handle om både biologiske, psykologiske og sosiale aspekter og at disse forholdene henger tett sammen. *Det biologiske aspektet* kan handle om medikament- og rusmisbruk. Det kom frem at å føle tilhørighet i et rusfritt samfunn og erfare de positive effektene av fysisk aktivitet sammen med andre, kunne skape avstand fra disse utfordringene. På en annen side viste det seg at samhandling med mennesker i samme situasjon ga en stadig påminnelse om ROP-lidelser, noe som kunne føre til tilbakefall. Inklusjon i et nytt rusfritt miljø ble erfart som positivt, men det var spenn i materialet og noen deltakere erfarte at det var utfordrende fordi det var ukjent og derfor føltes utrygt. Deltakerne oppga økt trivsel i trygge og kjente miljøer, men i dette tilfellet var preferansen på et trygt miljø farget av deres hverdag som ROP-pasient og innebar for mange miljøer med uheldig påvirkning.

*Det psykologiske aspektet* hang sammen med ting som økt kompetanse og selvstendighet. Gjennom modelleringens observasjon av hvordan andre opptrådte og utførte fysisk aktivitet på treningssenteret, økte deltakernes egen kompetanse og selvstendighet. Dette bygde oppunder egen forventning om mestring. Funn viste at dette handlet om den grunnleggende følelsen av innpass der inklusjon var svært viktig. Gjennom sosial overtalelse og sosial omgang med andre oppstod en trygghet og tilhørighet i et samfunn der man etterhvert kunne opptre mer selvstendig. Som motsats til dette, fremkom det at noen deltakere foretrakk å trene alene eller utendørs fremfor i en sosial gruppesammenheng.

*Det sosiale aspektet* handlet om blant annet vaner, sosial status og kultur. Sentralt var beskrivelser av prioriterte gjøremål i hverdagen, sosiale miljøer og kulturer deltakerne ellers tok del i, samt erfaringene av hvordan dette kunne endre seg ved fysisk aktivitet. For eksempel var det viktig å ha en avtale slik at det kunne endre hverdagens fraværende rytme og bli en vane. Funnene viste at deltakerne mente de hadde en høyere sosial status i deres trygge miljøer, som for eksempel rusmiljøer. Gjennom positive erfaringer av å delta i et sunt og rusfritt samfunn sammen med andre mennesker, erfarte deltakerne etterhvert at oppfatningen av egen sosial status kunne endres. Dette kan forstås gjennom det sosiale aspektet og betydningen av kulturelle forhold. Gjennom modellering av hvordan andre mennesker deltok, snakket sammen og kledde seg kunne deltakerne overføre disse observasjonene til egen anvendelse. Disse kulturelle forholdene var fremmede for deltakerne i begynnelsen, men etter adaptasjon førte modellering og sosial overtalelse til inklusjon og en sjanse til å være normal. Dette viser hvordan Banduras begreper og BPS-modellen kan brukes i diskusjon opp mot funnene. For å diskutere begrepene mot hverandre, kan man tenke at resultatet kan bero på hvordan deltakerne erfarte modellering og sosial overtalelse. Helheten hadde ikke blitt den samme om deltakerne fikk negative erfaringer med modellering og positive erfaringer med sosial overtalelse. En deltaker som gjennom modellering føler at egen mestringstro blir undergravid kan føre til redusert mottakelighet for tilbakemeldinger gjennom sosial overtalelse. På en annen side kan modelleringen farget av redusert mestringstro føre til et ønske om forbedring, og da kan positive erfaringer med sosial overtalelse og tilbakemeldinger virke motiverende.

### **5.6.2 Å føle ny mestring**

Å føle ny mestring var et sentralt funn. Mestring kom til uttrykk i form av selve aktiviteten, seg selv i ny kontekst og ringvirkningene fysisk aktivitet ga. Ved å bruke Banduras begreper om *mestringsopplevelser* og *fysiske reaksjoner* kan funnene forstås ytterligere.

*Mestringsopplevelser* handler om å bygge opp en positiv mestringsforventning som øker om man får oppgaver man tidligere har lyktes med, mens gjentatt feiling kan undergrave den (Manger et al., 2013). Å lykkes med deltakelse på fysisk aktivitet kunne føre til at deltakerne fikk tro på at de kunne mestre det igjen. Det var sentralt at å føle mestring gjennom å delta, gjennomføre og få nye erfaringer av hva fysisk aktivitet førte med seg, ga en positiv

mestringsforventning. Deltakerne tydeliggjorde at å erfare mestring på et område bygde opp en positiv mestringsforventning i henhold til andre områder. I tråd med Manger et al. (2013) fremkom viktigheten av at deltakerne fikk oppgaver som var utfordrende, men overkommelige nok til å skape mestring. Om dette gapet ble for stort førte det til tap av motivasjon og en følelse av utilstrekkelighet der mestringsforventningen ble undergravd. Betydningen av at aktivitetstilbudet var et såkalt lavterskeltilbud var derfor avgjørende. Deltakerne i denne studien var fortsatt velkommen og tilbudet om deltakelse stod selv om de ikke møtte opp gjentatte ganger. Dette gjorde at man ikke fikk mestringsstroen undergravd gang på gang. Studier har vist at flere deltar i fysisk aktivitet ved høy grad av mestringsstro (Lee, Loprinzi & Trost, 2010).

*Fysiske reaksjoner*, humør og følelsesmessige tilstander kan ha innvirkning på hva man tenker om egne evner og det er hvordan de fysiske reaksjonene blir tolket og oppfattet som vil ha betydning for mestringsstroen (Bandura, 1994). Det fremkom at man kunne påvirke mestringsstroen ved å lære hvordan humør og følelser ble påvirket av fysisk aktivitet, samt hvordan fysisk aktivitet ble påvirket av humør og følelser.

I forlengelse av de fysiske reaksjonene beskrev enkelte informanter erfaringer med skam. Det handlet om skam for å være psykisk syk, skam for å delta i gruppa, ikke være som andre og måtte måle seg med «*de vellykkede*». En informant brukte ordene «*avslørt*» og «*innrømme*» i beskrivelsen av hvordan det var å delta i en tilrettelagt gruppe. Funnene viste også at enkelte deltakere innad i gruppen følte skam. Dette gjorde at temaet gruppetrening ble knyttet mot temaet skam og tilegnet en klassifisering eller en form for sosial gruppering. Det finnes grupper for eldre, grupper for hjerteopererte, zumba-grupper og gravidgrupper. En gruppe for hjerteopererte og rus-og psykiatrigruppe begge kan handle om en form for sykdom, rehabilitering eller deltakelse. Mens det ikke oppfattes som sosialt skambelagt å delta i de førstnevnte gruppene, hadde informantene en oppfatning om at det var skambelagt å ha en ROP-lidelse. Dette kan forstås ved at informantene ble satt i en gruppe hvor mennesker med skambelagte utfordringer ble samlet og dernest plassert på treningssenter med andre friske. Følgelig kan det forstås at denne synliggjøringen kan medføre en skamfølelse. I en profesjonell og respektfull behandlerrelasjon arbeider en behandler uten å tilegne individet noe skam. Tvert i mot kan en behandlerintensjon handle om å gi en positiv opplevelse og bidra til gode erfaringer hos en pasientgruppe som anså seg selv som mindre verdt, stigmatisert og skamfull. Dette kan være et eksempel på hvordan fysisk aktivitet i seg selv



ikke var det mest sentrale, men at temaer som selvstendighet, en meningsfull hverdag, bedret selvbilde, tilhørighet i gruppe og del av samfunnet forøvrig var viktig. Dette viser hvordan deltakernes tolkning av egne fysiske reaksjoner kan ha betydning for hva man tenker om seg selv, egne evner og mestringstroen (ibid).

I sammenheng med det å føle ny mestring handlet BPS-modellens *biologiske aspekt* i dette tilfellet om bedre søvn- og matvaner og å finne roen. Deltakerne i studien min erfarte at fysisk aktivitet ga redusert tankekjør og mer ro. Det skilles mellom forventninger om å klare en handling og forventninger om resultatet som følger av handling. Det å se for seg gevinstene av en handling kan bidra til motivasjon (Bandura, 1977). I tråd med denne resultatforventningen, kan man forstå at deltakerne bevisst eller ubevisst, anså økt ro som utbytte av fysisk aktivitet. Da deltakerne gang på gang erfarte at tankekjøret ble mindre fungerte fysisk aktivitet som substitutt eller som mestringsmetode. Sett i lys av modellen om positive mestringsopplevelser kan deltakernes erfaring av økt ro føre til deltakelse i fysisk aktivitet igjen, siden det ga økt ro forrige gang. Videre fremkom det at deltakernes søvn- og matvaner ble bedre i etterkant av fysisk aktivitet. Ved anvendelse av mestringsopplevelsesbegrepet kan dette handle om følelsen av å mestre fysisk aktivitet som førte med seg et ønske og en konkret handling om å mestre andre elementer i hverdagen. Hos noen deltakere ble endring av søvn- og matvaner for omfattende og det kan forstås ved at mestringstroen ble svekket om man ikke mestret en oppgave tilstrekkelig. Dette kan forklare hvorfor noen deltakere ikke evnet å adoptere søvn- og matvanene, da denne oppgaven ble for utfordrende og skapte negativ forventning om å mestre denne oppgaven.

I forlengelse av ny mestring kan *det psykologiske aspektet* dreie som om elementer som mestring, stress, velvære og motivasjon. Gjennom det fysiske reaksjonsbegrepet kan man lære hvordan dette påvirker dermed endre innstilling og tro på mestring (ibid). Det fremkom at å mestre seg selv og mestre stress kunne føre til en følelse av velvære. Gode mestringsopplevelser av å få til aktiviteten og bedre forstå seg selv førte til at man deltok på fysisk aktivitet igjen fordi det førte med seg positive ting sist gang. Det fremkom at denne nye mestringsopplevelsen førte til økt motivasjon for opprettholdelse av deltakelse.

*Det sosiale aspektet* handlet om nære relasjoner og identitetsskaping. Når deltakerne fulgte opp aktivitetstilbudet ledet det til en opplevelse av å mestre en liten bit av hverdagen og ga tro på at man kunne få til flere ting. Det var gjennomgående at deltakerne slet med nære

relasjoner og forhold til andre som for eksempel familie og venner. Deltakerne erfarte at nye opplevelser og mestring av seg selv kunne føre til at man endret synet man hadde på seg selv. Denne følelsen ga mulighet til å skape nye relasjoner og bygge et rusfritt nettverk. Her hadde de fysiske reaksjonene med følelser og humør innvirkning på hva man tenkte om egne evner. Det fremkom at gjentatt nederlag og utstøtelse fra nære relasjoner førte til at man tok avstand og dermed førte til ytterligere isolasjon. Som en kontrast til dette kom det frem at nye opplevelser av seg selv gjennom gode mestringsopplevelser gjorde prosessen med å tilnærme seg andre og skape et sunt nettverk mer tilgjengelig.

Ved anvendelse av BPS-modellen er det ikke et mål og skille om det ene hadde vært til stede uten det andre. I denne studien var det utfordrende å skille mellom de tre og det kan være like godt å se på dem som et resultat av et samspill. Funnene viste at det kan være vanskelig å skille det biologiske, det psykologiske og det sosiale fra hverandre, snarere kan man se hvordan de har glidende overganger og ikke kan stå som selvstendige kategorier alene (figur 1). Sett i lys av denne studiens funn er det ikke lett å forstå om deltakerne hadde fått mindre tankekjør eller sovet bedre om de ikke hadde trent, men man kan tenke seg at ro og mindre tankekjør er et samlet produkt av samspillet og at modellen slik fremhever at de tre er tett flettet sammen. I lys av modellen kan det i dette tilfellet være et poeng at resultatet ble slik nettopp på grunn av gjensidig påvirkning. Derfor er det viktig å være klar over at man er kontinuerlig under påvirkning av modellens tre deler og at det har betydning for resultatet. Modellen er nyttig for å forstå deltakernes egne subjektive opplevelse (Borrell-Carrio et al., 2004) da dette perspektivet preges av den individuelle oppfatningen av krysningen mellom de tre. Nettopp det at modellen tar hensyn til helhet, gjenspeilet seg i studiens resultater om at fysisk aktivitet påvirket hele mennesket. Sentrale funn handlet om at fysisk aktivitet påvirket kroppen fra topp til tå og ga en rekke fysiske helsegevinster, men i tillegg hvordan fysisk aktivitet påvirket den psykiske helsen. Gjennom å se resultatene av fysisk aktivitet med utslag på mennesket fra topp til tå, kan man forstå at gjensidig påvirkning er tilstede og at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer uunngåelig ble påvirket.

Å anse de tre sirklene er som tre tannhjul i et maskinsystem bidro til økt forståelse fordi uansett hvilket hjul som går så vil de to andre også tikke rundt, fordi systemet som helhet ikke kan gå uten at alle tre tannhjulene beveges samtidig. Om man ser for seg BPS- modellen som tre sammenhengende sirkler, kan man forsøke å si noe om krysningspunktet i midten hvor de overlapper hverandre. Man kan da spørre seg hva som finnes i dette midtpunktet. Kanskje er

det individet selv eller individets opplevelse av hendelser som oppstår her, fordi det er individuelle oppfatninger av samspillet mellom de tre sirklene som utgjør helheten. Dette kan belyse hvor tett de ulike tannhjulene henger sammen, der de biologiske, psykologiske og sosiale hjulene er tvunget til å gå samtidig. Eksempelvis kan man se for seg at individets erfaring med fysisk aktivitet står i midten, mens den totale oppfatningen blir påvirket av de tre sirklene og er dermed avgjørende for hva individet tenker om nettopp fysisk aktivitet. I forlengelse av dette kan biologiske aspekter av fysisk aktivitet som utmattelse og sultfølelse ha innvirkning på søvn- og døgnrytmen og dermed ha betydning for det sosiale aspektet av deltakelse i samfunnet. Den sosiale opplevelsen av tilhørighet og normalitet kan i sin tur gi mer indre ro og mindre psykisk belastning i form av tankekjør, og dermed er alle tre sirklene forent der resultatet av samspillet kan forstås som individets erfaring med fysisk aktivitet.

## **5.7 Metodiske momenter til diskusjon**

### **5.7.1 Metodedesign**

Et kvalitativt design vil bidra til presentasjon av kunnskap om pasientenes mangfoldige opplevelser, nyanser og holdninger (Malterud, 2017). Det ble ansett at den aktuelle problemstillingen best ble belyst gjennom en systematisk fortolkning av empiriske data og en kvalitativ metodisk tilnærming. I en kvantitativ vinkling av oppgaven, kunne det derimot vært spennende og testet en hypotese om endring eller ulike aktivitetsformer gjennom for eksempel spørreskjemaer. Dette ville krevd metodekompetanse innenfor kvantitativ forskning med statistisk tallbehandling (ibid) og det kan også tenkes at utvalget i en slik studie med fordel burde vært større enn det som var tilgjengelig.

Ved anvendelse av semistrukturerte individuelle intervjuer kan man gjennom fortrolighet skape en god ramme for historier om erindringer og sammenhenger (Mjølstad, Kirkengen, Getz & Heltevik, 2013). Slike fortellinger kan gi innsyn til menneskers handlinger, gjenfortalt med personens erfaringer som filter. Dette synet kunne endret seg ved å bruke observasjonsstudier som metode hvor man kunne oppnådd et annet og mer direkte innsyn i handlinger, samtaler, kontekst og samspill (Malterud, 2017). Deltakerobservasjon kunne i dette tilfellet vært gjennomførbart, da det er viktig at forskeren kunne inngått i den aktuelle sammenhengen uten å forstyrre det naturlige forløp på treningssenteret. Denne type metodisk tilnærming ville på den andre siden ikke kunne si noe om pasientenes erfaringer og forståelse

av mening i samme grad som ved intervju (ibid). Det kunne vært spennende og sett på de empiriske likhetene og ulikhetene de to metodiske tilnærmingene hadde gitt.

### **5.7.2 Informantene**

Et metodisk poeng til diskusjon er antall rekrutterte informanter. I kvalitative studier vil man utvikle beskrivelser og analyser av egenskaper ved fenomenene man studerer og avgrense utvalgets omfang. Utvalget ble satt sammen med mål om å inneholde tilstrekkelig rikt og variert materiale etter at studien var gjennomført. Informasjonsstyrken i utvalget sier noe om hvor mange deltakere man har behov for og ved høy informasjonsstyrke i utvalget trenger man færre intervjuer (Malterud, Siersma & Guassora, 2015). Det ble derfor lagt vekt på å etablere et utvalg med god informasjonsstyrke fremfor å begrense omfanget til et bestemt antall. Videre kan forskning på marginaliserte grupper diskuteres i lys av befolkningsandelen av gruppen i samfunnet, hvor mange av de spurte som ønsket å uttale seg, og til slutt, hvem som faktisk deltok. Utvalget kan således si noe om hvilke sider av problemstillingen som belyses, hva det er gyldig om- og i hvilken sammenheng (Malterud, 2017). Etter intervjuene ble innsamlet materiale likevel ansett som rikt. I denne studien viste dette seg i form av tilgang til deltakere med ulik bakgrunn i henhold til kjønn og alder, men deltakerne delte også et spekter av ulike erfaringer med rike beskrivelser av sine opplevelser.

Ingen informanter kom med ytterligere beskrivelser eller tok opp igjen intervjuet etter at diktafonen var avslått. På spørsmål om hvordan informantene opplevde det å bli intervjuet, ga samtlige uttrykk for å gledelig være behjelpelig med forskningsprosjektet. Slik sett kan dette forstås som en viktig side å ivareta marginaliserte grupper gjennom å vise at deres tanker og refleksjoner er viktige stemmer som bør bli løftet frem. En slik fremheving av en marginalisert gruppes stemme kan skjerpe blikket for undertrykkingsmønstre som pasientene møter og denne ivaretagelsen er en forutsetning for å motarbeide reproduksjonen av dette (Thesen & Malterud, 2001). Kvale (2007) understreker at kvalitative forskningsintervjuer gir en unik mulighet til å høre stemmene til marginaliserte grupper som sjelden deltar i den offentlige debatt.

### 5.7.3 Intervjuguide

Intervjuguiden tok utgangspunkt de fire forskningsspørsmålene: «*hva slags erfaringer har du med å trene i aktivitetsgruppe?*», «*liker du/hvordan er det å være med i treningsgruppen?*», «*hva tenker du at treningstilbudet gjør med deg?*» og «*vil du fortsette å holde deg i fysisk aktivitet?*». På forhånd ble det ansett at dette kunne gi et fyldig og beskrivende innsamlet materiale, men i ettertid kan man vurdere om disse spørsmålene likevel kunne bli oppfattet som ledende, og om slike spørsmål gjorde at deltakerne følte seg presset til å utale seg om nettopp fysisk aktivitet. Om forskeren stilte forutinntatte spørsmål der det ble tatt for gitt at fysisk aktivitet er positivt for alle, kan det oppfattes som utfordrende som informant å dele, særlig negative, erfaringer om fysisk aktivitet. På en annen side har vist seg at informantene snakket bredt om sine erfaringer med fysisk aktivitet, og man ser at innsamlet datamateriale likevel belyser et flertall sider og utfordringer med det å være fysisk aktiv. Videre har innsamlet data vist at fysisk aktivitet kan handle om så mye mer enn akkurat de fysiske og biologiske forholdene. Slik sett har materialet, på tross av de mulig ladde spørsmålene, likevel fått frem rike og beskrivende data.

### 5.7.4 Pilotintervjuet

Det å intervju en kollega førte til at samtalen ble holdt «over hodet» på deltakerne. Samtalen bar preg av antakelser av hvordan deltakerne kom til å oppfatte og besvare spørsmålene, men uten virkelig å vite det. I evalueringssamtalen opplevde pilotinformanten de fleste spørsmålene som tydelige, men at enkelte spørsmål kunne omformuleres for å unngå misforståelser. Enkelte spørsmålsformuleringer ble oppfattet på en annen måte enn slik de i utgangspunktet var ment. Et konkret eksempel på dette viste seg ved spørsmålet: «*Hvordan opplever du at fysisk aktivitet har betydning for dine problemer?*». Her var meningen å etterspørre hvordan fysisk aktivitet påvirket ROP-lidelsene, mens pilotinformanten besvarte spørsmålet med hvordan fysisk aktivitet påvirket den fysiske helsen. Det er uvisst om dette var en følge av svak spørsmålsformulering eller om spørsmålet åpnet for ulik forståelse. Ifølge Malterud (2011) kan ettertanker i møte med feltet være vesentlig for refleksiviteten, da tidlige data vil ha betydning for kunnskapsutvikling. Oppmerksomhet overfor intervjusamspillet språklige karakter innebærer fokus på spørsmålsformulering og må tilpasses emnet og formålet med undersøkelsen der ordlyden legger opp til forskjellige former for svar fra informantene (Kvale & Brinkmann, 2015). Om spørsmålet eksempelvis hadde

blitt stilt slik: «*Hvordan opplever du at fysisk aktivitet har betydning for dine ROP-lidelser?*», kunne det åpnet for mer konkrete beskrivelser av nettopp dette.

Videre mente pilotinformanten at det var en rød tråd gjennom intervjuet, at deltakerne kom til å føle det som en tillitserklæring ved og få sin stemme hørt og at spørsmålene ikke var støtende eller ledende. For intervjueren var dette verdifullt med tanke på at ledende spørsmål som stilles til sårbare grupper kan gi svar med tvilsom validitet (ibid).

Annen verdifull erfaring etter pilotintervjuet var tilknyttet ikke-menneskelige ting som lokale. Pilotintervjuet ble gjennomført i et lokale skulle brukes for de opprinnelige intervjuene. Dette lokalet ga deltakerne kjente omgivelser, i tillegg var det et tilgjengelig og passende rom for samtale på tomannshånd. Underveis i pilotintervjuet oppstod så høy lyd fra naborommet at det forstyrret intervjusituasjonen. Det viste seg at det ble holdt musikktimer i naborommet. Det ble tydelig ved transkripsjon at potensielle funn kan ha gått tapt på grunn av forstyrrelsen. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at slike ikke-menneskelige faktorer er sentrale for datainnsamlingens kontekst fordi verken intervjuer eller informant agerer alene, men i samspill med det materielle. Det ble besluttet å gjennomføre intervjuene i annet egnet lokale.

### **5.7.5 Intervjusituasjonen**

Intervjuer med veltalende informanter førte til en mer lyttende fremtoning fra intervjueren, men i intervjuer med ordknappe informanter som svarte nøkternt ble det utvist en mer aktiv intervjustil med flere oppfølgingsspørsmål. Slik tilrettelegging for informantens fortellinger skriver Kvale og Brinkmann (2015) at er intervjueren sin oppgave og en nødvendighet for at intervjuene skal bli kunnskapsrike. Det ble erfart at stillhet fra intervjuerens side kunne gi rike data, i form av at informanten ofte tok ordet etter en tid og dermed beskrev mer inngående. Disse beskrivelsene var ofte i stor grad preget av åpenhet og ærlighet. Det forblir uvisst om disse beskrivelsene hadde kommet om intervjueren ikke hadde tiet, men det at intervjueren turte å tie og følge opp sårbare temaer vurderes som viktig for innsamlingsmaterialet. I følge Malterud (2017) er det å tåle stillhet en viktig evne hos intervjueren. Ved å tillate pauser i samtalen får informanten god tid til å assosiere og reflektere, og til å bryte tausheten selv med viktig informasjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Stillhet kan gi deltakeren rom for tanker og refleksjoner og slik sett vil intervjueren i større grad kunne komme over på deltakerens

banehalvdel i intervjusituasjonen. I tråd med det Malterud (2017) skriver var det avgjørende å være tilstrekkelig åpen, men fokusert samtidig som man utviste en avventende og nysgjerrig holdning da informanten fortalte sin historie. Det å ta opp igjen temaer som informantene nevnte og åpne for å reflektere over dem på nytt ga rike data. Eksempler på slik «meta-analyse» var for eksempel: «*hva mente du med det du sa?*», «*hvordan var det første gangen dette skjedde?*», «*på hvilken måte?*» eller «*kan du fortelle mer om det?*». I følge Kvale og Brinkmann (2015) kan slik forfølging av svarene utforske innholdet uten å legge føringer for hva informanten skal ta hensyn til i sitt svar.

Videre hendte det ved to anledninger at avtalt intervju måtte flyttes til en annen dag på grunn av avlysning fra informantens side. Informantene møtte ikke opp til avtalt tid, men svarte at de hadde glemte avtalen da de ble etterlyst. Intervjuene ble da gjennomført som planlagt senere, men intervjuet var preget av at informantene følte de måtte «beklage» det inntrufne og ønsket og avlegge beskrivelser de trodde var ønsket av dem. Dette kan forklares av Kvale og Brinkmann (2015) som skriver at intervjupersoner ofte forsøker å agere som «en god intervjuperson» i samsvar med det de oppfatter som en passende måte å gjøre et intervju på. Informantenes individuelle kontekst med personlighet, grad av åpenhet, grenser for eget privatliv, ønske om å bidra til studien, sted i livet og egen sykdom var andre faktorer som påvirket hvor mye som ble fortalt og hvilke temaer som ble belyst og/eller unngått. Dette gjorde at intervjueren måtte tilpasse seg de forskjellige informantene, men det fremhevet også informantenes ulikhet. Dette spennet i materialet kan anses som positivt for studien.

Selve intervjusituasjonen var i de fleste tilfeller en samtale preget av godt samspill og forståelse mellom intervjuer og informant. I de tilfellene der man ikke kjente hverandre fra før var særlig første delene av intervjuet preget av en viss spenning. Informanten utviste urolig kroppsspråk, ordleting og blikk i retning diktafonen. Dette ble imidlertid bedre etter hvert som intervjuet progredierte og den sosiale og emosjonelle atmosfæren fikk satt seg.

Temaet «søvn» var ikke direkte inkludert i intervjuguiden, men mange av informantene tok det selv opp. Som Malterud (2017) skriver kan en fleksibilitet til empirien gjøre at man tydeligere gjør materialet åpent for innspill og ideer, og dermed erkjenner at et nytt tema kan tegne seg. Denne erkjennelsen var viktig fordi søvn viste seg å være et sentralt funn. Gjennom analysedelen ble det tydelig hvilke sider av problemstillingen det var mulig å gi svar på i henhold til innsamlet data. Dette synliggjorde viktigheten av å ikke tviholde på den

opprinnelige problemstillingen og hvordan man kan unngå å snuble i egen forforståelse. En slik revidering gjør problemstillingen mer fokusert og åpner for den innsikten som en induktiv forskningsprosess bør ha (ibid).

### **5.7.6 Transkripsjon**

Transkripsjonen førte til en abstraksjon der blant annet intonasjon, stemmeleie og åndedrett gikk tapt, noe Kvale og Brinkmann (2015) skriver at kan være en konsekvens. Det ble gjennomgått at transkripsjon og lydopptak stemte med intervjuets helhet og at ikke mening hadde forsvunnet i transkriberingen. Etter ca. 30 timers transkripsjonsarbeid bestod datamaterialet av ca. 100 maskinskrevne sider. På bakgrunn av forskerens ønske om å lære mer om egen intervjustil og bli bedre kjent med innsamlet datamateriale, ble transkripsjonen gjort av forskeren selv. Dette var et metodisk valg slik at materialet til en hver tid var ferdigtranskribert før neste intervju. Dette medførte en ryddig, strukturert og oversiktlig måte og behandle materialet på som også utelukket forvirring, sammenblanding av intervjuer og følelsen av å ha flere intervjuer under behandling samtidig. Det ble ansett som viktig og få transkribert intervjuene raskt, men nøyaktig. Denne type databehandling kan legge grunnlag for en god gjengivelse av deltakernes uttalelser og ga bedre kjennskap til eget materiale (Dalen, 2011). I og med at det var samme person som intervjuet og transkriberte, gjorde dette at den kommende meningsanalysen ubevisst ble påbegynt. I følge Kvale og Brinkmann (2015) kan forskere som transkriberer til en viss grad memorere og gjøre seg tanker om de sosiale og emosjonelle aspektene som fant sted og allerede her ha påbegynt den kommende analysen.

### **5.7.7 Analysen**

I analysens første trinn om helhetsinntrykk ble det dannet foreløpige temaer som ved gjennomlesning vekte forskerens interesse med tanke på å besvare problemstillingen. Temaene ble ansett som oppsummerende for inntrykkene forskeren satt igjen med etter gjennomlesning og slik ble det fokusert på helhet fremfor detaljer. Det ble dannet en rekke foreløpige temaer for å belyse helheten, men med en underliggende baktanke om at noen av de eventuelt kunne slås sammen på et senere tidspunkt. Dette grove opprydningsarbeidet kan



gjort at man forskeren stilte seg mer åpen og våken for nye mønstre som dukket opp under analysens første del (Malterud, 2017).

Under analysens andre punkt om meningsbærende enheter viste den systematiske dekontekstualiseringen at noen tekstbiter passet i flere kodegrupper. Da ble det overveid hvorvidt kodegruppene inkluderte fenomener fra samme klasse. Malterud (2017) skriver at en meningsbærende enhet kan dobbeltkodes og tilhøre flere kodegrupper, men at mye dobbeltkoding kan tyde på for upresise koder. Det ble derfor arbeidet mot å skape et oversiktlig materiale med utelukkende kodegrupper som atskilte tekst som handlet om ulike forhold. Etter å ha vurdert om kodegruppene trengte videreutvikling eller reformulering, ble det bestemt å la de bestå. I denne studien ble det brukt fargekoder hvor hver farge markerte en kodegruppe slik at tekstbiter med lik farge hadde innholdet til felles. Helt praktisk ble alt innsamlet materiale samlet i et stort dokument og de meningsbærende enhetene til hver kodegruppe ble fargekodet med fire ulike farger, før de ble klipt ut av kontekst og limt inn i fire separate dokumenter merket med kodegruppenavn. Dermed oppstod fire dokumenter kun bestående av meningsbærende enheter fra de ulike kodegruppene. Det forelå alltid en urørt totalversjon av materialet.

Utgangspunktet for analysens tredje steg, kondenseringstrinnet, var de mange titalls sidene med empiriske data som ble redusert til dekontekstualiserte meningsbærende enheter og deretter sortert i kodegrupper. Dette gjorde at det empiriske materialet nå bestod av et dekontekstualisert tekstutvalg av sorterte meningsbærende enheter. Kondenseringprosessen fortsatte ved å systematisk ta for seg en og en kodegruppe. Teksten i kodegruppen belyste ulike sider av kodegruppens tema. I tråd med Malterud (2017) viste det seg at et rikt og relevant materiale omfattet tekst med ulike nyanser som beskrev forskjellige meningsaspekter av kodegruppens tema. Dette skapte et bilde av hvilke hovedaspekter i denne kodegruppen dataene best fortalte om.

I synteseprosessen, som er det fjerde trinnet i analysen, ble det tydeliggjort hvordan enkelte informanter delte rike, åpne og brede bidrag, mens andre informanter var mer nøkterne i sine fortellinger. Det var viktig å være observant ovenfor innholdet i resultatkategoriene og få med seg om resultatene favnet om alle sidene av deltakernes stemmer, eller om de var preget av enkelte talevillige informanters erfaringer. Rekontekstualiseringstrinnet ga verdifull erfaring fordi man i følge Malterud (2017) skal arbeide systematisk etter data som kan utfordre

resultatene man har kommet frem til. Slik innsikt trenger ikke å føre til problematikk, men man kan stille nyttige, kritiske spørsmål og ta det med i betraktning når man senere vurderer overførbarheten (ibid).

### **5.7.8 Studiens begrensninger og funnenes vitenskapelige kvalitet**

I samfunnsvitenskapene og i kvalitativ forskning handler reliabilitet om nøyaktigheten i målingene (Dalen, 2011). *Reliabilitet* har med forskningsresultatens konsistens og troverdighet og gjøres og handler om hvorvidt resultatet av forskningen kan reproduseres av en annen forsker på et annet tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015). Det handler således om hvordan dataene har blitt samlet inn og bearbeidet gjennom forskningsprosessen (Johannessen et al. 2010) og kan si noe om forskningskvaliteten og resultatverdien (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015). Reliabilitet kan forstås hvor tydelig forskerens veg gjennom prosjektet er for andre og om metodiske valg fremkommer tydelig nok til å kunne etterfølges. For å styrke reliabiliteten er det beskrevet hvordan man har gått frem i forskningsprosessen slik at andre forskere kan følge forskerens spor (Malterud, 2011). Det har blitt tilstrebet en åpen, detaljert og kritisk refleksjon underveis i prosjektprosessen. En slik holdning styrker reliabiliteten og gir andre forskere mulighet til å vurdere kunnskapens holdbarhet (Thagaard, 2009).

Sett i lys av min studie kan reliabilitet knyttes opp mot ting som intervjuguide, gjennomføring av intervjuer, transkripsjon og analyse og hvor godt disse delene av studien ble beskrevet. Dette ble spesielt synliggjort ved gjennomlesing av en objektiv tredjepart. Da ble det tydelig hvor den objektive personen oppfattet min fremgangsmåte som utfordrende å henge med på og hvor forskeren i etterkant måtte tydeliggjøre teksten og skrive frem metodiske valg for å styrke reliabiliteten. Forskerens forforståelse kan ha påvirket reliabiliteten. Forskeren hadde før studiestart erfaring med pasientgruppen og spørsmål rundt temaet, slik kan dette ha vært med på å farge resultatene. Eksempelvis hadde forskeren stilt seg spørsmål om hvordan fysisk aktivitet kunne påvirke ROP-pasientenes utfordringer og hvordan disse erfaringene kunne forstås i lys av teorier om mestring og biopsykososiale forhold. I intervjuet ble det arbeidet mot å la informantene styre samtalen gjennom sine erfaringer, men likevel fikk temaet fysisk aktivitet en stor plass. Viktige funn fra analyse og diskusjon handlet nettopp om hvordan fysisk aktivitet kan påvirke livet på flere måter. Her kan rollen som tidligere behandlende fysioterapeut ha spilt inn og vist seg ved at forskeren ubevisst kan ha stilt fler

oppfølgingsspørsmål rundt temaet fysisk aktivitet, og at informantene dermed forstod at dette temaet var av min interesse å snakke om. På en annen side kan informantene ha følt rollen som fysioterapeut som trygg og bidratt til de kjente frihet til å snakke om fysisk aktivitet. Dette kan også handle om validitet.

*Validitet* handler om i hvilken grad fremgangsmåter og funn reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2010). I følge Malterud (2017) kan validitet si hva materialet er sant om og til hvilke sammenhenger funnene kan gjelde utover konteksten de er hentet ut fra. I studien min kan validitet forstås om innhentet kunnskap kan trekke en gyldig slutning til det som var formålet å undersøke. Et eksempel på hvordan det aktivt ble jobbet mot høy validitet viste seg ved gjennomføring av intervjuer. Her ble det valgt å bringe samtaleemnet tilbake til intervjuguidens tematikk om informanten ikke selv hentet seg tilbake etter digresjoner. Validiteten gjelder for materialet i denne studien og kan i utgangspunktet ikke direkte overføres, men gi et innblikk i hvordan de studerte ROP-pasientene opplevde situasjonen, og dermed bidra til økt kunnskap. Dette vanskeliggjør reproduksjonen av dataene, men nettopp det at andre forstår mer som følge av studien er en viktig indikator for overførbarhet (Malterud, 2011). Eksempelvis fikk validitet betydning i denne studien fordi den tidligere kliniske erfaringen med deltakerne kan ha vært preget av bekjentskap og tillit. Denne kontakten med deltakerne kan ha ledet til en god atmosfære hvor det var trygt å dele sine erfaringer, hvilket kan styrke validiteten i materialet. Som en del av dette var det viktig å gjøre prosessen så gjennomsiktig og beskrivende som mulig gjennom en datanær tilnærming. Med dette menes at til tross for egen forforståelse som fulgte forskeren gjennom intervjuer, transkripsjon og analyse, var det svært viktig for studiens validitet å være tro mot deltakernes opplevelser (Dalen, 2011).

*Overførbarhet* handler om at funnene kan forstås for lignende brukergrupper/situasjoner og ikke som konklusjoner om bestemte populasjoner (Thaagard, 2013). Malterud (2017) skriver at i en kvalitativ studie bør man arbeide med å styrke overførbarheten av kunnskapen og vurdere rekkevidden av denne. Overførbarheten handler om til hvem, hva og under hvilke betingelser kunnskapen kan nyttiggjøres av andre (ibid). I denne studien snakker disse dataene sant om disse informantene, men utvalgets sammensetning anses som hensiktsmessig, variert nok og representativt for det man hadde funnet ved å intervju 6 andre informanter innenfor samme pasientgruppe. Transparensen synliggjør hvor tilgjengelig prosessen er for

innsyn (ibid) og resultatene ble delt med sikte på overførbarhet utover den lokale konteksten studien ble gjennomført.

### **5.7.9 Styrker og svakheter ved å studere alene**

I følge Thagaard (2009) vil det bidra til en styrket reliabilitet å være flere forskere i et forskningsprosjekt. På en annen side fremhever Dalen (2011) at bruk av flere forskere kan svekke kvaliteten i studien, dersom disse ikke har en felles forståelse som grunnlag for gjennomføringen av intervjuene og tolkningen av dem. Kvale og Brinkmann (2015) advarer mot å bli for fokusert rundt reliabilitet da dette kan virke hemmende for variasjonen og den kreative tenkningen i kvalitativ forskning. Dette er et selvstendig mastergradsstudium, men drøfting av utfordringer, prioriteringer og fremdrift er diskutert i samarbeid med veileder.

### **5.7.10 Betydningen av at jeg var meg**

*Refleksivitet* spiller en avgjørende rolle innen kvalitativ forskning, der forskeren ikke er nøytral i forskningsprosessen, men en del av kunnskapsproduksjonen (ibid). Med refleksivitet menes hvordan forskeren reflekterer over hvordan man påvirker studiens ulike deler i kraft av å være seg selv. Ifølge Malterud (2011) er et åpent sinn med rom for tvil, ettertanker og uventede konklusjoner nødvendig for at forskningsprosessen skal føre til noe man ikke hadde kunnskap om før. Nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre refleksiviteten fordi man ikke ser alternativene, dette kan medføre målrettede og relevante intervjuer, men også bidra til at man mangler et kritisk blikk på studiefeltet (Malterud et al., 2015). Som del av denne refleksiviteten er egen forforståelse.

*Forforståelse* er den bagasjen forskeren bærer med seg inn i forskningsprosjektet i form av erfaringer, antakelser, oppfatninger, kunnskap og faglig perspektiv om gruppen før studiestart (Johannessen et al. 2010; Kvale & Brinkmann, 2015). Min egen forforståelse var bygget på erfaring fra kommunale, interkommunale og distriktpsykiatriske arbeidsplasser hvor arbeid med rus, psykiatri og mennesker i sårbare livssituasjoner stod sentralt. Denne forforståelsen av ROP-pasienter og fysisk aktivitet har hatt betydning for valg av tema og metode, samt for analysen av materialet (Dalen, 2011; Malterud, 2011).

En annen side ved egen forforståelse var mine antakelser om fysisk aktivitet som viktig og positivt for mennesker. Dette kan ha påvirket resultatene i den grad at forskeren intuitivt anså informantens positivt ladde erfaringer som et resultat av deltakelse i fysisk aktivitet, og på denne måten stilte nettopp fysisk aktivitet i fordelaktig lys. Dette ble løst ved å være ekstra observant på egen fremtoning, spørsmålsstilling og unngå å trekke for raske slutninger. For å unngå at vi snakket forbi hverandre ble det gjort en dialogisk validering ved at forskeren forsikret seg om at deltakernes beskrivelser ble oppfattet riktig. Dette ble gjort gjennom å regelmessig sjekke egen oppfatning med spørsmål som: «*forstod jeg deg riktig når du sier at...?*». Dette var med på å skape en felles forståelse mellom forsker og informant om den historien som ble skapt. Dette kan forstås som viktig for *intersubjektiviteten* mellom forsker og informant, og i følge Kvale (2007) kan slike spørremetoder også vise en styrket intersubjektivitet mellom forsker og leser. Forforståelsen og samspillet med informanten hadde betydning her.

Før studiestart var forskeren i direkte behandlingssituasjon som fysioterapeut med noen av informantene da forskeren ledet aktivitetsgruppen, men ved gjennomføring av mastergradsstudiet var stillingen var besatt av annen fysioterapeut. Slikt sett ble det forsket på eget fagfelt, noe som kan medføre verdiladde og kontekstavhengige funn som må forstås ut fra forholdene de ble skapt i (Johannessen et al., 2010). Det at forskeren i for stor grad kan identifisere seg med personene eller deres situasjon, kan medføre redusert evne til profesjonell og analytisk distanse (Kvale & Brinkmann, 2015). I informasjonsskrivet ble deltakerne opplyst om at studien var en del av et mastergradsstudium i fysioterapi og at studien skulle gjennomføres av navngitt forsker. Utover dette ble ikke fysioterapeuttitelen fremhevet, men gjennom tidligere bekjentskap kunne forskeren likevel identifiseres som fysioterapeut. Siden det kvalitative forskningsintervju er egnet til å utforske menneskers opplevelser og tanker, med mål om å forstå og beskrive (Malterud, 2011), kan bekjentskapet ha medført intervjuene åpenhet og tillit slik at informantene ga nyanserte, utfyllende beskrivelser av sine erfaringer med fysisk aktivitet. Egen intersubjektivitet i form av fremtoning som fysioterapeut og plassering i forskningen påvirket uunngåelig spørsmålsformuleringene, svarene og informantene, og slikt sett ble funnene påvirket i kraft av forskerens yrke og at jeg var meg.

På en annen side kan bekjentskapet der fysisk aktivitet var møtearena ha påvirket informantene til å gi fargede beskrivelser, siden forskeren tidligere var ansvarlig for

gruppetilbudet og at negativ omtale indirekte kunne oppfattes som personlig kritikk. Det er åpent for tolkning rundt hvilke og hvorfor informanten beskrev eller unngikk temaer.

Malterud (2017) skriver at viktigere enn å undersøke om deltakerne snakker sant, er det å undersøke hva de snakker sant om. Samtalen gir en ramme som bestemmer hvilken historie som blir fortalt og informanten kan ha mange gode grunner for å dele en spesiell versjon av historien med forskeren (ibid).

De fleste snakket positivt om temaet trening, hvordan de holdt seg i fysisk aktivitet og gode erfaringer med treningssenter. Dette kan forstås som et behov for å vise fysioterapeuten deres kjentskap til Helsedirektoratets anbefalinger (2009) om fysisk aktivitet og egen evne til å ivareta egen helse. Det hendte at informantene kom med selvmotsigelser eller var opptatt av at å gi «riktige svar». At deltakere i et forskningsprosjekt ønsker at intervjueren skal få et godt inntrykk av dem på en måte som gjør dem til troverdige personer beskrives innen metodelitteraturen som uunngåelig og en viktig side ved deltakerens selvrepresentasjon (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Noen deltakere var opptatte av å fortelle om sine aktive og sunne liv. Det kan tenkes at deltakerne hadde en opplevelse av at dette var forventet, særlig fra helsepersonell, men også i dagens samfunn (Dahle, 2005). Denne holdningen kan si noe om hva deltakerne assosierte forskeren og mitt yrke med og kan ha påvirket hva, og hvordan, erfaringer ble formidlet. I et slik materiale kan det være vanskelig å si hva som egentlig stammer fra deltakernes erfaring og hva som ble sagt for å spille en sosial rolle i samhandling med intervjueren (Flanagan, 1954).

Helsearbeidere må være klar over hvordan den medisinske profesjonsbakgrunnen påvirker det som blir sagt og hvordan en eventuell asymmetrisk maktposisjon kan oppstå (Reventlow & Tulinius, 2005). Om intervjueren i tillegg er behandler kan det være informasjon som av strategiske årsaker blir holdt tilbake, eller det kan være informasjon som ikke ville kommet frem foruten det tillitsfulle behandler-pasient-forholdet (Malterud, 2017). Sett i kraft av yrke kan det forstås slik at informantene anså intervjueren som en aktiv person som representerte trening, sunne vaner og friskhet. Dette kan ha betydning for resultatene i den grad deltakerne har hatt et ønske om å innfri det de trodde at forskeren som fysioterapeut ville få frem. Denne refleksiviteten ovenfor egen posisjon er avgjørende for den vitenskapelige kvaliteten (Malterud, 1993). Videre brukte enkelte av deltakerne faglige terminologier og uttrykk i beskrivelsene som gjorde at samtalen fikk både et hverdagslig og et faglig preg. Dette behovet for å markere egen kunnskap kan forstås som en oppløftning av seg selv gjennom å vise hva

man innehar kunnskap om. På en annen side kan det forstås som et forsøk på å nå frem til fysioterapeuten gjennom å utlikne en underliggende distanse eller maktforskjell. Ved å fagliggjøre samtalen ble det skapt en objektiv fremtoning og personlig avstand fra tematikken. Det bør nevnes at begrepet og betydningen av fysisk aktivitet ikke nødvendigvis betød det samme for intervjuer og informant. Ulike oppfatninger av hva fysisk aktivitet faktisk er og hva som ligger i begrepet, kan ha vært grobunn for misforståelser eller at man snakket om det på forskjellige måter.

Til slutt kan betydningen av at jeg var meg ha gitt utslag i form av at intervjueren var fersk innenfor bruk av det kvalitative forskningsintervjuet. Pilotintervjuet og de første informantintervjuene var preget av mer usikkerhet fra egen side enn de siste. Intervjukvaliteten kan derfor diskuteres i lys av at intervjueren ble mer erfaren, stilte mer tilgjengelige oppfølgingsspørsmål og ble tryggere i intervjusituasjonen etter hvert som det ble gjennomført flere intervjuer. Intervjuene ble gjennomført i perioden 18.09.2017-27.10.2017.

### **5.8 Egen refleksjon og klinisk implikasjon**

Refleksjoner i etterkant av studien har tydelig vist at størrelsen på de psykologiske og sosiale ringvirkningene av fysisk aktivitet var større enn på forhånd antatt. Selv om disse feltene blir ansett som betydningsfulle fra en fysioterapeuts perspektiv, var det ikke forventet at disse erfaringene skulle bli beskrevet med så stor vekt og dybde. Å rette fokus og bruk av ressurser på ROP-pasienter og fysisk aktivitet er av betydning for klinisk implementering i en behandlingskontekst. Slik sett kan dette være av stor fysioterapirelevans da en fysioterapeuts rolle ofte blir forbundet med fysisk aktivitet og motivasjon til deltakelse. Kliniske implikasjoner for fysioterapi vil derfor være tett forbundet med innsikt i pasientenes erfaring med fysisk aktivitet. Da er det viktig å være klar over at pasientene erfarer de psykologiske og sosiale aspektet som vel så betydningsfulle som det fysiske aspektet ved fysisk aktivitet. Disse delene av hverdagslivet trekker Helsedirektoratet (2014) frem gjennom som sentrale for å styrke enkeltmennesket som aktør i eget liv og fremhever at aktivitet kan være en av flere kilder til mestring og vekst. Denne egenmestringen kan være viktigere enn fysisk aktivitet i seg selv og gi potensiale til å ta til seg andre lærings- og mestringstilbud, som for eksempel friskliv- og frivillighetssentraler eller andre friske miljøer. Dette fremhever igjen viktigheten av slike tilbud er lavterskeltilbud som legger til rette for denne mestringen og veksten.

Betydningen av dette omsatt i praksis førte til en økt interesse for mestringstro, og at det for videre forskning kunne vært interessant å ta innover seg dette med brukermedvirkning og «empowerment».

## 5.9 Avslutning

Studien har vist hvor sammensatt, tidvis kaotisk og slitsomt livet som ROP-pasient kan være. I perioder kan sykdomsforverring eller økt rusmisbruk ta stor plass i livet og stå i stor kontrast til perioder hvor dette ikke er like altoppslukende i hverdagen. Dette gjør videre at ROP-pasientene tidvis kan ha et større behov for helsepersonell, støtte og oppfølging, der viktigheten av informasjon om hvordan de selv kan bruke fysisk aktivitet som selvhjelpsstrategi er stor.

Funnene i denne studien viste at ROP-pasientene møtte mange utfordringer i en rus- og psykiatripreget hverdag. De var samstemte i at fysisk aktivitet hadde positiv påvirkning. Gjennom å undersøke problemstillingen «*Hvordan erfarer ROP-pasienter fysisk aktivitet og hvordan kan disse erfaringene forstås i lys av modellen om mestringsforventning og den biopsykososiale modellen?*» viste det seg at deltakerne vektla både de biologiske, psykologiske og sosiale aspektene ved fysisk aktivitet. Deltakerne opplevde bedret helse i form av økt søvnkvalitet og opplevde et mindre kaotisk liv med en større grad av mestring og sosial tilhørighet. Sentrale funn handlet om opplevelser av den gode sirkelen, trygghet og forutsigbarhet, tilhørighet til andre og endret selvbilde.

Resultatene viste at erfaringer gjennom fysisk aktivitet kunne være viktig i arbeidet mot en aktiv livsstil, men også som strategi for å mestre seg selv i samfunnet og hverdagens psykologiske og sosiale utfordringer. Betydningen av fysisk aktivitet viste seg altså på flere arenaer og gjennom deltakernes perspektiver kan dette si noe om på hvilke måter fysisk aktivitet kan nyttiggjøres i en behandlingskontekst.

Tittelen på denne studien er «sirkus til seier!» og funnene belyser hvordan pasientene erfarte at fysisk aktivitet tok dem fra følelsen av «sirkus» til følelsen av «seier» gjennom mestring og biopsykososiale aspekter. Slik fremkom erfaringer om at fysisk aktivitet ga både fysiske og psykiske fordeler, men til tross for dette viste også funnene at det var lite som skulle til for å



falle ut av behandlingsopplegget. Slik viste resultatene avslutningsvis at selv om pasientene erfarte å gå fra «sirkus» til «seier», så kunne «seieren» være skjør og betydningen av at slike tilbud har en lav terskel for deltakelse med stor grad av inkludering ble understreket.

## 6. Vedlegg

### Vedlegg 1: Meldeskjema (versjon 1.6) til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)



#### MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn.  Les mer om hva <a href="#">personopplysninger</a> er.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.  Les mer om hva <a href="#">behandling av personopplysninger</a> innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	En person vil være <b>indirekte identifiserbar</b> dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke	Bakgrunnsopplysninger som kjønn, diagnose og arbeidsplass.	NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">nettbaserte spørreskjema</a> .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre).  <a href="#">Les mer.</a>  Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	Rus- og psykiatripasienters opplevelse av fysisk aktivitet og trening	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Oslo og Akershus	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.  Les mer om <a href="#">behandlingsansvarlig institusjon</a> .
Avdeling/Fakultet	Fakultet for helsefag	
Institutt	Institutt for fysioterapi	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Gro	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om <a href="#">daglig ansvarlig</a> .
Etternavn	Killi Haugstad	
Stilling	Førsteamanuensis	Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har eksternt veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.
Telefon	67 23 67 07	
Mobil	480 66 595	Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
E-post	GroKilli.Haugstad@hioa.no	
Alternativ e-post	GroKilli.Haugstad@hioa.no	

Arbeidssted	HIOA	
Adresse (arb.)	Pilestredet 44, Oslo, V213	
Postnr./sted (arb.sted)	0167 Oslo	
<b>5. Student (master, bachelor)</b>		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Mari	
Etternavn	Finsen	
Telefon		
Mobil	93080021	
E-post	mari.finsen@gmail.com	
Alternativ e-post	finse@gmail.com	
Privatadresse	Odinsveg 13	
Postnr./sted (privatadr.)	2214 Kongsvinger	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Masteroppgave</li> <li>○ Bacheloroppgave</li> <li>○ Semesteroppgave</li> <li>○ Annet</li> </ul>	
<b>6. Formålet med prosjektet</b>		
Formål	<p>Problemstilling: Hvordan erfarer rus- og psykiatrispasienter at fysisk aktivitet/trening gir dem noe/har nytte av i hverdagen?</p> <p>To tentative forskningsspørsmål:  1: (Rettet mot det fysiske): Hvordan kan fysisk aktivitet påvirke fysisk energinivå hos pasientene?  2: (Rettet mot det mentale): Hvordan kan fysisk aktivitet påvirke at pasientene opplever mer ro/avspenning?</p> <p>En masteroppgave med kvalitativ forskningsmetode hvor det blir gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer. Det utarbeides en fleksibel intervjuguide. Utvalget er et strategisk utvalg. Utvalget bygger på systematiske vurderinger av hvilke enheter som ut i fra teoretiske og analytiske formål er mest relevante og mest interessante.</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
<b>7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?</b>		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input checked="" type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige <a href="#">forskningstematikker og utvalg</a> .
Beskriv utvalg/deltakere	Et utvalg av kommunens pasienter med rus- og psykiatribakgrunn. Deltakerne er allerede i behandling, aktivitet eller liknende av kommunale tjenester.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Rekrutteringen skjer ved at alle aktuelle pasienter får tilbud om å delta i studien for videre å se hvor mange som har anledning og ønske/mulighet til å delta. Siden populasjonen ikke er så stor, er tanken at alle som ønsker kan inkluderes. Utvalget rekrutteres ut fra pasientene som har kommunale rus-og psykiatritjeneste i denne kommunen. Utvalget kan rekrutteres ut fra kommunens aktivitetssentre. Det er ikke bestemt hvem som foretar trekningen om det blir aktuelt.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.

Førstegangskontakt	U.t utarbeider et informasjonsskriv og et samtykkeskjema med utgangspunkt i NSD sine maler. Forespørselen formidles av noen som har naturlig tilgang til kontaktopplysninger om pasienten/klienten, men som ikke står i et direkte behandlingsforhold til vedkommende, her for eksempel avdelingsleder for rus-psykiatritjenesten i kommunen.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre <a href="#">temasider</a> .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer <a href="#">barn</a> på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	7	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ● Nei ○	Les mer om <a href="#">sensitive opplysninger</a> .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input checked="" type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Les mer om <a href="#">pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse</a> .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja ○ Nei ●	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. <a href="#">Les mer</a> .
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).  NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.  Les mer om <a href="#">registerstudier</a> . Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15  Les mer om <a href="#">forskningsmetoder</a> .
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
<b>9. Informasjon og samtykke</b>		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.  <a href="#">Les mer</a> . Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.  Last ned en veiledende mal <a href="#">her</a> .  Les om <a href="#">krav til informasjon og samtykke</a> .  NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og <a href="#">informert</a> .  Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.  Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. <a href="#">Les mer</a> .
<b>10. Informasjonssikkerhet</b>		

Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.  Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.  Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.  NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.  Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Oppbevares på datamaskin beskyttet med brukernavn og passord. Datamaskinen står på et låsbart rom. Utskrifter og opptak sikres i låsbart skap på låsbart rom.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolv, er dette å betrakte som en <b>databehandler</b> . Slike oppdrag må kontraktreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?		Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.  Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon.  Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. <a href="#">Les mer</a> .
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
<b>11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om <b>dispensasjon fra taushetsplikten</b> . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registerer? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om <b>andre godkjenninger</b> .
Hvis ja, hvilken		
<b>12. Periode for behandling av personopplysninger</b>		
Prosjektstart	15.06.2017	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektslutt	15.05.2018	Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om <b>direkte</b> og <b>indirekte</b> personidentifiserende opplysninger.  NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.

Hva skal skje med datamaterialet ved avslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	<p>NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.</p> <p>Les mer om <a href="#">anonymisering av data</a>.</p>
<b>13. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?		Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
<b>14. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
<b>15. Vedlegg</b>		
Vedlegg	Antall vedlegg: 2. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervjuguide til NSD.docx</li> <li>• Informasjonsskriv NSD.doc</li> </ul>	

## Vedlegg 2: Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)



Gro Killi Haugstad  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 04.08.2017

Vår ref: 54686 / 3 / OASR

Deres dato:

Deres ref:

### Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.06.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>54686</i>	<i>Rus- og psykiatrispasienters opplevelse av fysisk aktivitet og trening</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gro Killi Haugstad</i>
<i>Student</i>	<i>Mari Finsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Øivind Armando Reinertsen

Kontaktperson: Øivind Armando Reinertsen tlf: 55 58 29 94 / [Oivind.Reinertsen@nsd.no](mailto:Oivind.Reinertsen@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Mari Finsen, [mari.finsen@gmail.com](mailto:mari.finsen@gmail.com)





#### FORMÅL

Prosjektets formål er å undersøke rus- og psykiatrispasienters opplevelse av fysisk aktivitet/trening.

#### UTVALG OG REKRUTTERING

Personvernombudet forutsetter at frivillighet, taushetsplikt og konfidensialitet blir ivaretatt under rekruttering av utvalget. Det innebærer at du ikke kan få tilgang til kontaktopplysninger til de som blir forespurt før de selv har samtykket til å delta i prosjektet, eller samtykket til at du kan ta kontakt.

#### DATAINNSAMLING

Intervjuguiden vedlagt meldeskjemaet er svært kortfattet. Dersom du utarbeider en mer detaljert intervjuguide, skal denne sendes til personvernombudet@nsd.no før intervjuene gjennomføres.

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

- Du skriver imidlertid at personopplysningene vil bli anonymisert og dataene slettet ved prosjektslutt. Vi anbefaler at du skriver at datamaterialet vil bli anonymisert ved prosjektslutt, heller en slettet, slik at du kan ta vare på anonymisert datamateriale.

#### FORSKNING PÅ PASIENTER

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Vi minner om at det er svært viktig å understreke frivilligheten ved deltakelse når mottakere av tjenester rekrutteres av de som yter tjenestene. Det må være tydelig at det er helt frivillig å delta, at deltakelse ikke er relatert til behandlingen og at det ikke vil få noen konsekvenser for dem dersom de ikke ønsker å delta i prosjektet.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet.

#### PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 15.05.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som

f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)  
- slette digitale lydopptak.

## Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

*”Rus- og psykiatrispasienters erfaring med fysisk aktivitet”*

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et mastergradsstudium der formålet er å undersøke hvordan pasienter erfarer fysisk aktivitet i rus- og psykiatritjenesten. Du blir forespurt om å delta fordi du er pasient i kommunens rus- og psykiatritjeneste og vi er interessert i å undersøke dine erfaringer med fysisk aktivitet.

Det innhentes opplysninger om et utvalg pasienter rekruttert fra kommunens rus- og psykiatritjeneste. Inklusjonskriteriene for deltakelse i prosjektet er samtykkekompetente pasienter over 18 år som er i behandlingsforhold eller tilknyttet kommunal rus- og psykiatritjeneste. Det samles inn sensitive personopplysninger om helseforhold.

Utvalget er et strategisk utvalg. Rekruttering av informanter bygger på systematiske vurderinger av hvilke enheter som ut i fra teoretiske og analytiske formål er mest relevante, og på tilgjengelig utvalg med anledning og oppgitt samtykke til deltakelse i prosjektet. Rekrutteringen skjer ved at alle pasienter innenfor inklusjonskriteriene får tilbud om prosjektdeltakelse, før en eventuell trekning av aktuelle informanter foretas.

Masteroppgaven er et prosjekt som gjennomføres av masterstudent Mari Finsen v/ Oslo Storbyuniversitet (OsloMet) institutt for fysioterapi.

#### **Hva innebærer deltakelse i prosjektet?**

Prosjektet er et mastergradsstudium med kvalitativ forskningsmetode hvor det vil bli gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer med utgangspunkt i en fleksibel intervjuguide. Dette innebærer aktiv deltakelse og betyr at pasienten deltar på et intervju og svarer på spørsmål. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 1t der kun masterstudent og informant er tilstede under intervjuet. Spørsmålene vil handle om pasientens erfaringer med fysisk aktivitet. Datamaterialet registreres gjennom notater og lydopptak.

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

Personopplysningene registreres og oppbevares på datamaskin i nettverkssystem tilhørende behandlingsansvarlig institusjon. Dette betyr en datamaskin tilknyttet kommunen. Datamaterialet oppbevares på datamaskin på låsbart rom, beskyttet med brukernavn og passord. Utskrifter, lydopptak og notater sikres i låsbart skap på låsbart rom beskyttet mot innsyn fra uvedkommende. Opplysningene behandles ikke av ekstern aktør, overføres ikke over e-post/Internett og deles ikke med andre institusjoner eller land. Ingen andre enn masterstudent og veileder har tilgang til datamaterialet med personopplysninger. OsloMet sine interne rutiner for datasikkerhet legges til grunn og etterfølges.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.11.18. Datamaterialet vil ved prosjektslutt bli anonymisert. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Dette gjøres gjennom å slette direkte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen

grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Det understrekes viktigheten av ivaretagelse av frivillig deltakelse, taushetsplikt og konfidensialitet. Det innebærer at ingen har tilgang til dine kontaktopplysninger før du selv har samtykket til å delta i prosjektet. Siden tjenestemottaker rekrutteres av tjenesteyter presiseres frivilligheten til deltakelse i prosjektet. Det betyr at deltakelse i dette prosjektet ikke er relatert til ditt behandlingstilbud og at det ikke vil få noen konsekvenser for deg dersom du ikke ønsker å delta.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD- Norsk senter for forskningsdata AS. Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av §7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres. Prosjektet er ikke meldepliktig til REK- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, signer og lever samtykkelappen tilbake til avdelingsleder Ann Kristin Kristiansen innen 15.09.17. Har du andre spørsmål om prosjektet, ta kontakt med masterstudent Mari Finsen på tlf. 479 79 769. I studentprosjekt skal kontaktopplysninger til veileder oppgis. Veileder for prosjektet er Hedda Grape og Gro Killi Haugstad v/ OsloMet på tlf. 672 36 707.

## **Samtykke til deltakelse i prosjektet**

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4: Intervjuguide

*Hvordan erfarer pasienter fysisk aktivitet i rus- og psykiatritjenesten og hva legger pasientene vekt på som sentrale for dem?*

4 tentative forskningsspørsmål:

1. Hva slags erfaringer har du med å trene i aktivitetsgruppe?
2. Liker du/hvordan er det å være med i treningsgruppen?
3. Hva tenker du at treningstilbudet gjør med deg?
4. Vil du fortsette å holde deg i fysisk aktivitet?

FASE 1: Rammesetting

- Løs prat og innledning. Uformell prat.
- Informasjon. Temaet og bakgrunn for samtalen. Start opptak.
- 

FASE 2: Erfaringer og fokusering

- Hold tematikken og nøkkelspørsmål knyttet opp til forskningsspørsmålene.
1. Hva slags erfaringer har du med å trene i aktivitetsgruppe?
    - Hvilke erfaringer har du med at treningstilbudet kan påvirke hverdagen din?
    - Har hverdagen blitt annerledes etter at du begynte i gruppa? Hva har gruppa bidratt med til for hverdagen din?
    - Hvordan føler du deg da du går der?
    - Gjør treningen noe med egenmestring/håndtering av sykdom?
    - Får du koblet av? Føler du deg i bedre form? Er det et avbrekk i hverdagen?
    - Er det noe du merker på kroppen? Hvordan kjenner du det? Hvordan var dette før da?
    - Hvordan opplever du å trene på treningssenter?
    - Hvorfor deltar du?
  2. Liker du å være med/hvordan er det å være med i treningsgruppen?
    - Hva liker du?
    - Ville du hatt noe annerledes? Kan du fortelle litt mer om det?

- Hva liker du med å delta på trening? Hvorfor er dette viktig for deg?
  - Hva gjør det med din erfaring av tilbudet?
3. Hva tenker du at treningstilbudet gjør med deg?
- Hva gjør du da?
  - Tenker du dette har med treningen å gjøre? Har du opplevd dette tidligere? Husker du første gangen du opplevde dette? Hvordan var det/hva gjorde du da?
  - Hvorfor deltar du på dette tilbudet?
  - På hvilken måte synes du det gir deg noe? Hvorfor fortsetter du med treningen/hva gir det/holder det deg borte fra?
  - Hva tror du at treningen gjør med deg? Kan du fortelle mer om den følelsen?
  - Kan du fortelle mer om hva du opplever etter at du har trent? Noe spesielt du opplever?
  - Er denne treningsgruppen den beste formen for fysisk aktivitet for deg? Er det viktig å gjøre noen forandringer i tilbudet?
4. Vil du fortsette å holde deg i fysisk aktivitet?
- Kommer du til å fortsette og være aktiv?
  - Har dette gruppetilbudet endret ditt syn eller gjort at du er mer aktiv på fritiden?
  - Hva tenker du om at fysisk aktivitet kan gi noe annet enn for eksempel samtaleterapi? På hvilken måte? Kan du forteller mer om det? Hvordan merker du forskjell?
  - Hva opplever du som det viktigste med treningen? Hvordan opplever du at fysisk aktivitet har betydning for dine problemer?

### FASE 3: Tilbakeblikk

- Oppsummere funn. Skru av lydopptakeren.

## Vedlegg 5: Referanseliste

- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publications
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bakketeig, P. M. & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bandura, A. (1977). Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavoioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215
- Bandura, A. (1993). Perceived self- efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148. doi: 10.1207/s15326985ep2802\_3
- Bandura, A. (1994). Self- efficacy. In: V.S. Ramachaudran (Red.). *Encyclopedia of human Behaviour*, 4, 71-81. New York: Academic Press
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L. & Epstein, M. R. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The annals of family medicine*, 2(6), 576-582. doi: 10.1370/afm.245
- Brage, S & Nossen, J. P. (2017). Sykefravær på grunn av psykiske lidelser- utviklingen siden 2003. *Arbeid og velferd*, 2017(2), 77-88. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/sykefravær-på-grunn-av-psykiske-lidelser-utviklingen-siden-2003>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brown, W. H., Pfeiffer, K. A., McIver, K. L., Dowda, M., Addy, C. L. & Pate, R. R. (2009). Social and environmental factors associated with preschoolers' nonsedentary physical activity. *Child Development*, 80(1), 45-58. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01245.x
- Buckworth, J. & Dishman, R. K. (2002). *Exercise psychology*. Human Kinetics
- Clausen, H. & Eck, O. R. (1996). *Spesialpedagogisk arbeid i familier med funksjonshemmede barn*. Oslo: Aschehoug
- Dahl, T. (2011). *Brukeren som veileder: ambulant brukerstyrt tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dahle, R. (2005). Kropp og aldring i moderne samfunn. I Nord, R., Eilertsen, G. & Bjerkreim, T. (2005). *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- da Silva, A. A, de Mello, R. G., Schaan, C. W., Fuchs, F. D., Redline, S. & Fuchs, S. C. (2016). Sleep duration and mortality in the elderly: a systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*, 17(6). doi: 10.1136/bmjopen-2015-008119
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2014, 10.oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra:  
<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-ogretningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Engel, L. G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *American Association for the Advancement of Science: Science, New Series*, 8(196), 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen- Bør den formuleres på nytt i lys av nevrobiologisk og stressmedisinsk forskning? *Medisinsk historie, Michael* 2008(5), 255–263. Hentet fra:  
<http://www.michaelquarterly.no/asset/pdf/2008/3-255-63.pdf>



Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk- Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0061470>

Flemmen, G. (2016). *Clinical treatment of patients with substance use disorder: The role of physical health*. (Doktorgradsavhandling). Norwegian university of science and technology- Faculty of medicine department of circulation and medical imaging, Trondheim

Folkehelseinstituttet (FHI). (2014). *Folkehelse rapporten 2014- Helsetilstanden i Norge*. (2014:4). Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf>

Folkehelseinstituttet (FHI). (2018). *Psykisk helse i Norge*. (ISBN: 978-82-8082-878-1). Hentet fra: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)

Fossheim, H. & Ingjerd, H. (Red.). (2013). *Forskeres taushetsplikt og meldeplikt*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour M. C., Compton, W., Pickering, R. P. & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807-816

- Gudde, C. B., Olsø, T. M., Whittington, R. & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 3(8), 449-462. doi:10.2147/JMDH.S89486
- Gyllensten, L. A, Hansson, L. & Ekdahl, C. (2003). Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 7(3), 173-183.  
doi: [https://doi.org/10.1016/S1360-8592\(02\)00068-2](https://doi.org/10.1016/S1360-8592(02)00068-2)
- Hallgren, M., Vancampfort, D., Giesen, E. S., Lundin, A. & Stubbs, B. (2017). Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine* 51(14), 1058- 1064. doi: 10.1136/bjsports-2016-096814.
- Halvorsen, J. S. (2015). AA (Anonyme alkoholikere), 12-trinnsprogrammet og rusbehandling. I Lossius (Red.), *I Håndbok i rusbehandling, Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Harris, A. H, Cronkite, R. & Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 79-85
- Helsedirektoratet. (2009). *Aktivitetshåndboken- fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (IS-1592). Hentet fra:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse- et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. (IS-1670). Hentet fra:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelser*. (IS-1948). Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring- En veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*.

(IS-2076). Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

Helsedirektoratet. (2017, 28.april). *Samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP)*.

Helsedirektoratet. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/samtidige-ruslidelser-og-psykiske-lidelser-rop>

Imsen, G. (2014). *Elevenes verden- en innføring i pedagogisk psykologi* (5. utg). Oslo: Universitetsforlaget

Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk

Järvinen, M. & Mick-Meyer, N. (Red.). (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv- intervju, observasjoner og dokumenter*. Copenhagen: Hans Reitzels Publishers

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag

Kirkens Bymisjon. (2018). TV-aksjonen 2018. Hentet fra:

<https://kirkensbymisjon.no/tv-aksjonen/>

- Kredlow, M. A., Capozzoli M. C., Hearon, B. A., Calkins, A. W. & Otto, M. W. (2015). The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 427-449. doi: 10.1007/s10865-015-9617-6
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: SAGE publications
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 38(4), 357-361. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Langaas, A. G., Grape, H., Sylliaas, H., Hokstad, M. J. & Hethey, T. M. (2016). Om å bli venn med hverdagen- erfaringer fra å delta i gatefotball. *Fysioterapeuten*, 2016(9).
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company
- Lee, K. S., Loprinzi, P. D. & Trost, S. G. (2010). Determinants of physical activity in Singaporean adolescents. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(4), 279-286. doi: 10.1007/s12529-009-9060-6
- Malterud, K. (1993). Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Family Practice*, 10(2), 201-206. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/10.2.201>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder i medisinsk forskning: en innføring* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: why and how? *Scandinavian journal of public health*, 44(2), 109-120 doi: 10.1177/1403494815621181.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, D. A. (2015). Sample size in qualitative interview studies- *guided by information power*, 26(13), 1753-1760
- Manger, T., Lillejord, S., Nordahl, T. & Helland, T. (2013). *Livet i skolen 1- Grunnbok i pedagogikk og elevkunnskap: Undervisning og læring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen, E. W. (2009). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(47), 25-29  
doi: [10.1080/08039480802315640](https://doi.org/10.1080/08039480802315640)
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn- fysisk aktivitet, psykisk helse og kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget
- McLaren, N. (2002). The myth of the biopsychosocial model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5), 701-701  
doi: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01076.x>
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och h lsofr mjannde- en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur AB
- Mjølstad, B. P., Kirkengen, A. L., Getz, L. & Heltevik, I. (2013). Standardization meets stories: contrasting perspectives on the needs of frail individuals at a rehabilitation unit. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 20(8)  
doi: 10.3402/qhw.v8i0.21498.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (2009:8). Hentet fra:  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-pdf>

- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP). (2018). *ROP- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse*. Hentet fra: <https://rop.no/psykisk-helse/>
- Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L. & Fischer, J. (2012). Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. *Addiction*, 107(3), 635–641. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03660.x
- Nerhus, K. A., Anderssen, S. A., Lerkelund, H. E. & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper til Fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. *Norsk Epidemiologi*, 20(2)
- Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014). *Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives*. *advances in dual diagnosis*, 7(3), 107-117. doi: <https://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- Neubauer, H. (2010). The dynamics of succession in family businesses in western european countries. *Family Buisness Review*, 16(4). doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6248.2003.tb00022.x>
- Nomerstad, A. B. (2013). «En lang vei å gå!»: Møte med brukeres erfaring og deres utfordringer på veien mot en tilpasning i samfunnet. (Mastergradsavhandling). Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i innlandet
- Norsk Fysioterapeutforbund (NFF). (2018). Verdens fysioterapidag. Hentet fra: <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Aktuelt/Nyheter/Verdens-fysioterapidag3>
- Pajares, F. (1997). Current directions in self- efficacy research. I Maehr, M & Pintrich, P. R. (Red.). *Advances in motivation and achievement*. Greenwich, CT: JAI Press
- Reventlow, S. & Tulinius, C. (2005). The doctor as focus group moderator-shifting roles and negotiating positions in health research. *Family Practice*, 22(3), 335-340
- Richards, H. M. & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Family Practice*, 19(2), 135-139

- Schwartz, M. A. & Wiggins, O. (1985). Science, humanism, and the nature of medical practice: a phenomenological view. *Perspectives in biology and medicine*, 28(3), 331-366
- Self-Help resource centre. (2014). *Self-help and the biopsychosocial model* by Comments off on self-help and the biopsychosocial model. Hentet fra: <http://www.selfhelp.on.ca/2014/02/using-the-bio-psycho-social-model-as-a-self-help-tool/>
- SINTEF. (2007). *Psykisk helsearbeid i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsplanperioden.* (SINTEF A8823). Hentet fra: <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport--a8823-psykisk-helsearb-i-komm---tiltak-og-tjenester-status-2007-2008.pdf>
- Skaalvik, E. M. & Skaalvik, S. (2005) *Skolen som læringsarena: selvoppfatning, motivasjon og læring.* Oslo: Universitetsforlaget
- Skatvedt, A. (2008). *Alminnelighetens potensial En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring.* (Doktorgradsavhandling). Det samfunnsvitenskapelige fakultetet-Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi Universitetet, Oslo. Hentet fra: [https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15264/avhandling\\_skatvedt.pdf?sequence=2](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15264/avhandling_skatvedt.pdf?sequence=2)
- Skjærven, L. (1999). *Å være seg selv- mer fullt og helt. En tilnærming til bevegelseskvalitet. En feltstudie av en bevegelsespraksis ved bevegelsesterapeut og psykoterapeut Jaques Dropsy.* Universitetet i Bergen, Institutt for fysioterapivitenenskap
- Skytte, M. (2008). *Etniske minoritetsfamilier og sosialt arbeid* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sluga, H. D. & Stern D. G. (Red.). (1996). *The Cambridge Companion to Wittgenstein.* Cambridge University Press

- Stenvold, C. L. (2013). I søvnens favn. *Labyrint- Kunnskapsmagasinet fra UiT Norges Arktiske Universitet*, 2013(2), 8-18. Hentet fra:  
[https://uit.no/Content/441798/cache=20152011103111/Labyrint02\\_2013web.pdf](https://uit.no/Content/441798/cache=20152011103111/Labyrint02_2013web.pdf)
- Sundström, P. (1993). Past and present- the roots of our modern concept of disease in 19th century clinical practice and science. *Tidsskrift for den norske Legeforening*, 113(22), 2806-2812
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, (1992). *The Belmont Report- Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. DHEW Publication, (78-0014). Hentet fra:  
[https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp\\_appendix\\_belmont\\_report\\_vol\\_2.pdf](https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_appendix_belmont_report_vol_2.pdf)
- Thesen, J. & Malterud, K. (2001). «Empowerment» og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 13(121), 1608-1624 Hentet fra:  
<https://tidsskriftet.no/2001/05/kronikk/empowerment-og-pasientstyrking-et-undervisningsopplegg>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- van Amsterdam, J., Pennings, E., Brunt, T. & van den Brink, W. (2013). Physical harm due to chronic substance use. *Regulatory Toxicology Pharmacology*, 66(1), 83-87 doi: [10.1016/j.yrtph.2013.03.007](https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2013.03.007)
- van Mill, J. G., Hoogendijk, W. J., Vogelzangs, N., van Dyck, R. & Penninx, B. W. (2010). Insomnia and sleep duration in a large cohort of patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 71(3), 239-246 doi: 10.4088/JCP.09m05218gry



- Verdensdagen for psykisk helse. (2018, 10.april). Tema 2018: Vær raus. Hentet fra:  
<http://www.verdensdagen.no/om-verdensdagen/tema-2018-vaer-raus2>
- Wipfli, B. M, Rethorst, C. D. & Landers, D. M. (2008). The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of sport and exercise psychology*, 30(4), 392-410
- World Health Organization (WHO). (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Hentet fra:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
- World Medical Association (WMA). (2018). *WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Sist oppdatert 19.03.18.  
Hentet fra:  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yalom, I. D. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*, 2000(25), 82–91  
doi: 10.1006/ceps.1999.1016
- Zschucke, E., Heinz, A. & Ströhle, A. (2012). Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. *The Scientific World Journal*, 2012, 1-19  
doi:[10.1100/2012/901741](https://doi.org/10.1100/2012/901741)
- Øye, C., Bjelland, A. K. & Skorpen, A. (2007). Doing participant observation in a psychiatric hospital— Research ethics resumed. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2296-2306

## Vedlegg 6: Klausuleringsskjema

*Leveres sammen med oppgaven i eksamensinnleveringsnummeret i Frontier eller Inspem*

### KLAUSULERING AV OPPGAVE AV ANDRE GRUNNER ENN LOVBESTEMT TAUSHETSPLIKT

AVTALE INNGÅTT MELLOM OSLOMET – STORBYUNIVERSITETET, FAKULTET FOR HELSEFAG OG

STUDENT: Mari Finsen FØDT: 01.08.1993

Studentnummer: s186755 Studieprogram: Masterstudium i fysioterapi

Der master- eller bacheloroppgaver ikke inneholder opplysninger undergitt lovbestemt taushetsplikt, kan OsloMet – storbyuniversitetet med hjemmel i åndsverksloven § 27, jf. offentlighetsloven § 2 og § 6 nr. 6, gi forskere og studenter innsyn i oppgaven, men uten at disse kan sitere fra oppgaven.

Studenten kan reservere seg mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i universitetets åpne vitenarkiv, ODA. Dersom denne adgangen til klausulering benyttes, må varighet og begrunnelse angis fra studentens side. Oppgaven vil da bli oppbevart i et lukket arkiv i den oppgitte perioden.

Jeg reserverer meg herved mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA før embargotidens utløp (1-5 år).

Oppgavens tittel:

*«Fysisk aktivitet i rus- og psykiatritjenesten; Hvordan erfarer ROP-pasienter fysisk aktivitet og hvordan kan disse erfaringene forstås i lys av teorier om mestring og biopsykososiale forhold?»*

Adresse:	Odinsveg 13, 2214 Kongsvinger
Telefon:	93080021
E-post:	Mari.finsen@gmail.com

Faglig veileder:	Hedda Eik og Gro Killi Haugstad	
Institutt:	Fakultet for helsevitenskap- institutt for fysioterapi	
Jeg tilrår at oppgaven klausuleres	Sted: Oslo	Dato: 01.10.18
	Veileders underskrift: <i>Hedda Eik - 14/11-18</i>	

Maksimumstid for denne type klausuleringer 5 – fem år (embargotid).

Klausuleringen gjelder for 3 år og settes på grunn av:

Publisering av artikkel

---

---

---

*Mari Finsen*  
studentens underskrift

## Vedlegg 7: Lisensavtale



### Avtale om innlevering og bruk av vitenskapelig materiale

#### Innlevering av materialet

Open Digital Archive (ODA), arkiv for forskningsrelatert materiale ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), tar i mot fagfellevurderte tidsskrifts- og antologiartikler, doktorgradsavhandlinger og vitenskapelige monografier. Både forfatters fagfellevurderte versjon (postprint) og utgivers versjon (forlagets PDF) kan leveres.

#### Opphavsrett

Publisering av forskningsmateriale i ODA reguleres av lov om opphavsrett til åndsverk (åndsverksloven). Ved å godta denne avtalen egenarkiveres dokumentet vederlagsfritt hos Læringscenter og bibliotek ved HiOA.

Forfatteren bekrefter ved dette at han/hun er opphavsperson til materialet og at forfatteren har lovlig adgang til å gi HiOA tillatelse til å publisere materialet i ODA.

Der et forlag har rettigheter knyttet til materialet vil Læringscenter og bibliotek innhente samtykke til publisering. Dersom forfatteren helt eller delvis har overdratt rettigheter til andre enn forlag, er forfatteren selv ansvarlig for å innhente nødvendig tillatelse til å publisere materialet. I tilfeller der materialet har flere forfattere er forfatteren ansvarlig for å innhente tillatelse fra medforfatterne.

Det materialet som på grunn av forlags eller utgivers policy ikke tillates publisert i ODA vil bli oppbevart i et lukket arkiv. Det samme gjelder dersom medforfattere ikke samtykker i publiseringen.

Forfatteren innestår for at dokumentet ikke inneholder materiale som kan anses å stride mot gjeldende norsk rett, eller inneholder lenker eller koblinger til slikt materiale.

#### Bruk av materialet

Denne avtalen gir Læringscenter og bibliotek, på vegne av Høgskolen i Oslo og Akershus, rett til å gjøre det innleverte dokumentet tilgjengelig i ODA. Brukere av ODA har rett til å lese, laste ned, kopiere, skrive ut og lenke til fulltekstdokumentet, men materialet i ODA kan ikke utnyttes kommersielt.

Bruk av verket utover dette, må avtales med forfatteren.

HiOA har ikke adgang til å utnytte materialet kommersielt.

HiOAs rett til bruk av materialet er ikke-eksklusiv og begrenser ikke forfatterens rett til å publisere dokumentet i papirform eller elektronisk annetsteds i en identisk eller endret versjon.



## **Agreement concerning the submission and use of scientific material**

### **Submission of material**

Open Digital Archive (ODA), the archive for research related material at Oslo and Akershus University College of Applied Sciences (HiOA) accepts peer reviewed journal and anthology articles, doctoral dissertations and scientific monographs. Both the author's own peer reviewed version (postprint) and the publisher's version (the publisher's PDF) can be submitted.

### **The Right of Authorship**

The publication of research material in ODA is regulated by the Norwegian Law Governing the Rights of Authorship. Acceptance of this agreement allows the Learning Centre and Library at HiOA to keep the document in its archives at no cost.

The author affirms that he or she has the right of authorship to the material and that the author has the legal right to allow HiOA to publish the material in ODA.

When a publishing company has the rights connected to the material, the Learning Centre and Library will request permission to publish the material in its archive. If the author has in part or completely transferred this right to others, he or she is responsible for getting the necessary permission to publish the material. When the material has several authors the author is responsible for getting permission from his or her co-authors.

Materials that are not permitted by the policy of the publishing company to be published in ODA will be placed in a closed archive. The same is true whenever a co-author does not agree to publication of the material.

The author attests that the document does not contain any material that can be assumed to be in conflict with current Norwegian law, or that any links to such material are found in the document.

### **Use of the Material**

This agreement allows the Learning Centre and Library, on behalf of Oslo and Akershus University College, the right to make the submitted document available in ODA. Users of ODA have the right to read, download, copy, print or link the complete document text to other documents.

Other uses of the material must first be agreed to by the author.

HiOA does not have the right to commercially exploit the material.

The right to use and publish the material that HiOA has is not an exclusive right and does not limit the author's right to publish the document electronically or in a paper edition elsewhere in an identical or altered version.