

MASTEROPPGAVE

Master i Helse og Empowerment

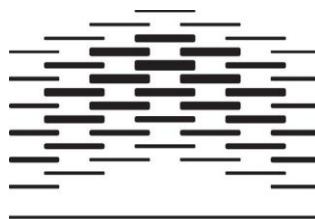
2013

Hva mener personalet om brukermedvirkning ved tilrettelegging av fysisk aktivitet på en DPS avdeling?

Cathrine Maria Theresa Bye Berg

Fakultet for helsefag

Institutt for helse, ernæring og ledelse



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

ABSTRACT

Background: Many will experience mental health problems, and will need professional advice. Psychotherapy and medication are often attempted. However, during recent years physical exercise has been documented as an efficient measure. Health personnel should put emphasis on active participation by the users. Instead of passively receiving assistance by experts, users should take advantage of their own resources in order to recover health.

Purpose: Develop more knowledge and understanding of the opinion of health personnel as concerns active user participation in organizing physical activity in therapy.

Theoretical foundation: There are three main principles in the philosophy of empowerment; the consideration of the user as an expert on him- or herself, redistribution of power and active user participation. The last-mentioned principle means to focus the needs of the user.

Method: Three focus group interviews. The first group was interviewed twice, the second group only once. Objects of interviews were social health workers, registered nurses for the mentally subnormal (RNMS), physiotherapists and nurses with education in psychiatry and physical activity.

Results: The main opinion of the objects is that active user participation is important when arranging physical activities. It is significant in order to create good relations between the users and the personnel as concerns motivation and managing physical training. Individual adaptation is important in order to adjust the treatment to the needs of the user.

Conclusions: Health personnel believe that active user participation may render the user an experience of having influence and control on their own life. This will contribute to development of responsibility. Future research in this area should involve the users in the same department in interviews, to get to learn their experience of active participation in planning and execution of treatment.

Key concepts: Active user participation, health personnel, physical activity and mental health problems.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Mange vil oppleve psykiske problemer, og vil trenge profesjonell hjelp. Samtaleterapi og medikamentell behandling har oftest vært benyttet, men fysisk aktivitet har i de senere årene blitt dokumentert som nyttig. Brukermedvirkning bør vektlegges i behandlingen. I stedet for å være passiv mottaker av ekspertenes hjelp, bør brukerne ta i bruk sine egne ressurser for å gjenvinne helse.

Hensikt: Å utvikle kunnskap om, og forståelse av, hva helsepersonell mener om brukermedvirkning ved tilrettelegging av fysisk aktivitet.

Teoretisk forankring: Det er tre grunnprinsipper i empowermenttenkningen; Synet på brukeren som ekspert på seg selv, omfordeling av makt og brukermedvirkning. Brukermedvirkning kan forstås som å sette brukerens behov i sentrum.

Metode: Tre fokusgruppeintervjuer. Den ene gruppen ble intervjuet to ganger, den andre gruppen bare en gang. Intervjuobjektene var sosionomer, vernepleiere, fysioterapeut og sykepleiere med fordypning i psykisk helse og fysisk aktivitet.

Resultater: Intervjugruppene mener at brukermedvirkning er viktig i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet. Brukermedvirkning er betydningsfullt for å skape relasjon mellom brukerne og personalet med hensyn til å fremme motivasjon og mestring i forhold til å utfolde seg fysisk. Individuell tilrettelegging er betydningsfullt, slik at behandlingsopplegget kan bli tilpasset brukernes behov.

Konklusjon: Helsepersonell mener at brukermedvirkning kan gi brukerne opplevelse av innflytelse og kontroll over sitt eget liv. Dette kan bidra til ansvarliggjøring. Videre forskning på området bør bestå i å intervjuere brukere på samme DPS avdeling for å høre om de opplever medvirkning i behandlingen.

Nøkkelbegreper: Brukermedvirkning, helsepersonell, fysisk aktivitet og psykiske lidelser.

FORORD

Arbeidet med denne mastergraden har vært tidkrevende, og mange samarbeidspartnere fortjener takk for sine bidrag til prosjektet.

Jeg vil først og fremst få rette en stor takk til min kontaktperson på forskningsarenaen, som har hjulpet meg med å finne deltakere til studien. Videre vil jeg takke deltakerne for deres imøtekommenhet og velvillighet til å dele erfaringer om brukervedvirkning i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet.

En stor takk til mine veiledere Sidsel Tveiten og Magne Haukland som har vært gode forbilder og har inspirert meg under hele prosessen. Takk for deres engasjement og tro på mine evner, det har betydd mye.

Videre vil jeg takke Harald Knutsen, Gerd Aspås og Rolf Salvesen som har hjulpet meg med skrive prosessen. I tillegg vil jeg takke Camilla Arnesen og Elisabeth Eilertsen som har støttet og hjulpet meg underveis.

Til slutt vil jeg takke mine medstudenter Emily Beatrice Bergesen, Henriethe Henriksen, Ingrid Strand og Carina Tenvig for mye påfyll både faglig og sosialt. Dere er en flott gjeng!

Jessheim, 15. september 2013

Cathrine Maria Theresa Bye Berg

INNHALDFORTEGENELSE

ABSTRACT.....	I
SAMMENDRAG.....	II
FORORD	III
INNHALDFORTEGENELSE.....	IV
1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt og formål:.....	3
1.3 Avgrensning og sentrale begreper	3
1.4 Studiens oppbygning og struktur	4
2. Teoretisk referanseramme.....	6
2.1 Helse.....	6
2.2 Helsefremmende arbeid	7
2.3 Forebyggende helsearbeid.....	8
2.4 Empowerment	9
2.4. 1 Brukermedvirkning.....	11
2.5 Samarbeid	12
2.5.1 Dialog	12
2.6 Psykiske lidelser	13
2.7 Fysisk aktivitet.....	15
2.8 Oppsummering av teori	17
3 Litteratursøk og tidligere forskning	18
3.1 Søkehistorie	18
3.1.1 Inklusjonskriterier for valg av artikler	18
3.2 Tidligere forskning.....	19
3.2.1 Fysisk aktivitet og psykisk helse	19
3.2.2 Brukermedvirkning	20
4. Metodologi og metodevalg	23
4.1 Forskningsdesign.....	23
4.2 Hermeneutikk	23
4.3 Forforståelse	24
4.4 Metodevalg	25
4.5 Utvalg	25
4.6 Forberedelse av intervju	26

4.7 Gjennomføring av intervju	27
4.8 Ethiske aspekter	30
5. Analyse av data	32
5.1 Transkripsjon.....	32
5.2 Analyse	32
6. Resultater	35
Oppsummering	41
7. Diskusjon	43
7.1 Kritikk av studien.....	43
7.1.1 Reliabilitet	43
7.1.2 Validitet.....	45
7.1.3 Overførbarhet	47
Diskusjon av funn og fortolkninger	48
7.2 Betydningen av medvirkning	48
7.2.1 Dialog	49
7.2.2 Individuell tilpasning	50
7.2.3 Ansvarliggjøring	51
7.3 Fysisk aktivitet som en del av behandlingen	53
7.3.1 Fysisk aktivitet og psykiske lidelser.....	53
7.3.2 Motivering.....	55
7.3.3 Fremskaffe kunnskap om fysisk aktivitet.....	56
8. Avslutning.....	60
8.1 konklusjon av studien	60
9. Litteraturliste.....	62
Vedlegg 1: informasjon om studien	68
Vedlegg 2: Informert samtykkeerklæring	69
Vedlegg 4: Intervjuguide for Cathrine Bye Berg	71
Vedlegg 5: Eksempel på inndeling av analyseprosessen.	75

1. Innledning

I dette kapitlet blir valg av tema og problemstilling introdusert og begrunnet. Videre presenteres studiens formål med hensikt, og avgrensning sammen med en redegjørelse for noen viktige begreper som vil bli vektlagt i oppgaven. Til slutt gis en oversikt over oppgavens oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mange vil oppleve psykiske lidelser og vil trenge profesjonell hjelp (Martinsen, 2004). Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til mer alvorlige tilstander som schizofreni. Fellesbetegnelsen for alle psykiske lidelser er at de påvirker våre tanker, følelser, atferd og væremåte (Folkehelseinstituttet, 2011). De vanligste psykiske lidelsene er stemningslidelser (særlig depresjoner), angstlidelser og misbruk / avhengighet av rusmidler. Andre kan oppleve stressreaksjoner som ikke kvalifiserer til diagnose, men som likevel kan redusere livskvaliteten (Martinsen, 2004). Ved behandling av psykiske lidelser benyttes vanligvis samtaleterapi og medikamenter, men fysisk aktivitet har i de senere årene også blitt dokumentert som nyttig. Fysisk aktivitet kan forstås som alle bevegelser som fører til økt energiforbruk, mens fysisk trening er planlagte, strukturerte og gjentatte aktiviteter som skal forbedre eller opprettholde den fysiske form (Moe & Martinsen, 2011). Moe & Martinsen (2011) hevder at fysisk aktivitet har vist seg å være viktig i behandling av depresjonssykdommer, men også i noen grad ved schizofreni, angstlidelser og misbruk og avhengighet av rusmidler, samt ved spiseforstyrrelser. Videre har fysisk aktivitet blitt løftet frem politisk gjennom folkehelsebegrepet. St.meld. nr.16 (2002- 2003) beskriver fysisk aktivitet som en kilde til helse og livskvalitet og som et virkemiddel i folkehelsearbeidet.

Personer med psykiske lidelser kan ha vanskelig for å komme i gang med fysisk aktivitet, og det kan begrense interessen for å delta i slike aktiviteter (Moe & Martinsen, 2011). For å fremme interessen har helsepersonell en viktig rolle når det gjelder å informere, tilrettelegge og fremme fysisk aktivitet som en behandlingsmetode i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2010). Videre er det en forutsetning at helsepersonell selv har positive holdninger til fysisk aktivitet og er gode motivatorer for brukerne (Moe & Martinsen, 2011). Gjennom planleggingen kan dialog være et godt virkemiddel for å skape god samhandling mellom bruker og helsepersonell. Brukermedvirkning kan oppfattes som

essensielt for at brukeren skal bli «empowered», som betyr at man blir i stand til å ta mest mulig kontroll over sitt eget liv og sin psykiske tilstand (Tveiten, 2007). Dette kan styrke mestringsfølelsen og opplevelsen av kompetanse på egen sykdom og eget liv (Storm, Rennesund & Jensen, 2009). Brukeren bør antakelig selv være med og velge aktiviteter i behandlingen, noe som kan øke sjansen for at vedkommende fortsetter å være fysisk aktiv etter utskriving (Martinsen, 2004). Brukermedvirkning kan være utfordrende for helsepersonell. Tradisjonelt har disse ofte vært vant til å tenke at de har kompetanse til å definere pasientens problem og hvilke tiltak som bør iverksettes (Tveiten, 2007). Videre er utfordringen å få til et samarbeid hvor både brukers og personalets kompetanse er i fokus til brukerens beste. Brukeren er i denne sammenheng ekspert på seg selv, men ikke på det faglige som angår helsen. Dermed har han behov for fagpersonells kompetanse (Tveiten, 2007).

Martinsen (2011) hevder at fysisk aktivitet kan være meningsfullt for personer med psykiske lidelser. Fysisk aktivitet synes å være helsefremmende og kan i seg selv bidra til at brukerne øker aktivitetsnivået. Dette kan redusere stress og søvnproblemer, og kan bidra til å forebygge andre sykdommer som diabetes mellitus type 2 og hjerte-/karsykdommer (Martinsen, 2011). Helsedirektoratet har utviklet tipshefter for helsepersonell og andre som ønsker informasjon om hvordan en kan tilrettelegge fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2010). Heftene beskriver hvordan fysisk aktivitet kan integreres som en del av behandlingen i primær- og spesialisthelsetjenesten. Jeg ønsker i denne studien å se nærmere på hva slags meninger helsepersonell har knyttet til brukermedvirkning i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet. Svisdahl (2008) skriver at brukeren bør få mulighet til å fortelle om sin situasjon, og at fagpersonen så skal gi informasjon og veiledning hva angår tiltak og behandling.

Under min praksis på Beitostølen Helsesportssenter i 2010 oppstod min interesse for brukermedvirkning i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet. I denne praksisen var oppgaven å tilrettelegge aktiviteter sammen med barn og voksne med ulike funksjonsnedsettelse. Vi observerte barnas og de voksnes opplevelse av mestring, innflytelse og motivasjon i forhold til fysisk aktivitet. God samhandling mellom personalet og brukerne var åpenbart viktig. I planleggingen av aktiviteter fikk brukerne medvirke. Det ble opplevd som positivt da de selv kunne velge aktiviteter som de likte. Gjennom disse opplevelsene fikk jeg gjennom observasjon og deltakelse tydeliggjort hvor viktig fysisk

aktivitet og godt samarbeid er for brukere med funksjonsnedsettelse. Denne erfaringen utgjør et grunnlag for et ønske om å undersøke dette tema nærmere.

1.2 Hensikt og formål:

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om helsepersonells meninger om brukermedvirkning ved tilrettelegging av fysisk aktivitet på en distriktpsikiatrisk poliklinikk.

Formålet er å bidra til at kunnskapen kan benyttes i andre arbeidsområder slik at andre kan ha nytte av den.

Jeg formulerte følgende problemstilling:

Hva mener personalet om brukermedvirkning ved tilrettelegging av fysisk aktivitet på en DPS avdeling?

1.3 Avgrensning og sentrale begreper

Undersøkelsen er utført i Østfold fylke. Jeg valgte å intervju helsepersonell og ikke brukere, fordi jeg ville ha fokus på helsepersonells meninger om brukermedvirkning. Ti medarbeidere ved en distriktpsikiatrisk avdeling ble intervjuet.

Empowerment og brukermedvirkning er vide begreper, og her vil jeg fokusere på brukermedvirkning på individnivå. Empowerment vil senere bli definert i teorikapitlet (kap. 2.4).

Beskrivelse av sentrale begreper som legges til grunn for studien:

Brukermedvirkning kan betraktes som et perspektivskifte i helsetjenesten, der man retter fokus mot brukerens deltakelse, ressurser og rettigheter, for å fremme brukerens uavhengighet, selvstendighet og mestring (Storm, Rennesund & Jensen, 2009).

Helsepersonellet, er i denne studien ergoterapeuter, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter og sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid og fysisk aktivitet.

DPS er et distriktpsikiatrisk senter. «Et DPS skal være en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av allmenntjenestene i psykisk helsevern innen et geografisk

opptaksområde, med poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse» (Sosial- og helsedirektoratet [Shdir], 2003, s. 17). Distriktpsykiatrisksentre er forskningsarenaen i denne studien og fra nå benyttes forkortelsen DPS i teksten.

Psykiske lidelser i denne studien omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst og depresjonslidelser til mer alvorlige tilstander som schizofreni og andre alvorlige diagnoser hvor personer er behandlingstrengende (Snoek & Engedal, 2004)

Bruker i denne studien er en person som er klient ved et DPS, har en diagnose innen psykiske lidelser og trenger hjelp for å mestre hverdagen. Oppholdet kan være døgn- eller langtidsopphold, som kan vare opptil seks måneder.

Samarbeid kan forstås som å arbeide mot et felles mål. Det forutsetter at helsepersonellet ikke lar brukeren betraktes som en ensidig mottaker, men som en aktiv deltaker i egen behandlingsprosess (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Samarbeid handler blant annet om å kommunisere med hverandre gjennom dialog.

Fysisk aktivitet dreier seg i denne studien om bevegelser som fører til økt energiforbruk, mens fysisk trening er planlagte, strukturerte og gjentatte aktiviteter som skal forbedre eller opprettholde den fysiske form (Moe & Martinsen, 2011). Dette kan omhandle ulike øvelser på lavterskelnivå, for eksempel turer og sirkeltrening med enkle øvelser i sal eller svømmebasseng. Dette skal få brukeren til å integrere slike aktiviteter i sin livssituasjon og hverdag. Det kan dreie seg om å vaske huset, gå til arbeidet eller andre hverdagslige oppgaver.

Andre relevante begreper og avgrensninger vil bli nevnt fortløpende i oppgaven. I denne masteroppgaven har jeg som student, valgt å benytte jeg som personlig pronomen om forfatteren.

1.4 Studiens oppbygning og struktur

Etter dette innledende kapittel belyser kapittel 2 teoretiske betraktninger og relevant litteratur for studiens tematikk. Brukermedvirkning, fysisk aktivitet og psykiske lidelser er de mest sentrale begrepene i undersøkelsen. Valg av teoretisk rammeverk har blitt preget av min forforståelse, og har blitt endret underveis i forskningsprosessen. I kapittel 3 redegjøres for tidligere forskning på området. I kapittel 4 beskrives valg av metoder og hvordan og hvorfor jeg benyttet meg av disse. Deretter forklares analyseprosessen i kapittel

5. I kapittel 6 presenteres studiens resultater i form av hovedkategorier, underkategorier, og meningsfulle enheter som er direkte sitater og kommentarer fra deltakerne. I kapittel 7 diskuteres studiens metode og hovedfunn i lys av teoretisk rammeverk og nyere forskning, videre resultatenes betydning for praksis. Til slutt har jeg i kapittel 8 oppsummer studien med forslag til videre forskning.

2. Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet gjøres rede for relevant litteratur og nyere forskning om det tema studien belyser. Litteraturen vil rettes mot teori om helsefremmende arbeid og empowerment hvor brukermedvirkning står sentralt (Storm Rennesund & Jensen, 2009; Tveiten, 2007; Tveiten, 2010). Videre er det valgt å fokusere på kommunikasjon, samarbeid, fysisk aktivitet og psykiske lidelser (Borge, Martinsen & Moe 2011; Eide & Eide, 2004; Freire, 1999). Jeg har valgt å vektlegge pedagogen Paulo Frieres arbeid (1999), hvor han vektlegger dialog og likeverdighet og deltakelse i relasjonen. I tillegg vil jeg støtte meg på Egil Wilhelm Martinsens (2011) perspektiver om verdien av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid.

2.1 Helse

I følge Mæland (2010) er helse et vanskelig begrep å definere. Hvordan helse måles og diskuteres vil være avhengig av hvilken definisjon på helse som vektlegges (Larsen, 2012). Verdens helseorganisasjon slo i 1946 fast at helse er en tilstand av komplett fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller fysisk svekkelse (Hofgaard, 2010). Hofgaard drøfter denne definisjonen, som mange har kritisert på grunn av dens høye ambisjonsnivå. Den fremstår mer som en definisjon på lykke enn på helse, noe som har medført til at også andre har prøvd å definere helse (Ibid). Peter F. Hjort har lansert en definisjon av helse, som sier følgende: « Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav» (Mæland, 2010, s. 24). Helse kan forstås som en ressurs som gir mennesket styrke til å takle hverdagen. Det kan tenkes at selv om man har en lammelse i beina og sitter i rullestol kan en likevel ha god helse. Dette erfarte jeg da jeg var i praksis på Beitostølen helsesportsenter hvor jeg møtte brukere som var blind og lam, men likevel hadde god helse og glede i livet.

Begrepet salutogenese er utviklet av sosiologen Aaron Antonovsky som hevder at alle kan påvirke sin egen helse (Martinsen, 2011). Dette kan benyttes i helsefremmende arbeid, med fokus på faktorer som styrker helsen, fremfor sykdomsfremkallende faktorer (patogenese) (Antonovsky, 2012). Salutogenese kan forstås som å fokusere på menneskets ressurser og evne til å skape god helse. I følge Sletteland og Donovan (2012) er det viktig å rette oppmerksomhet mot hvilke muligheter hver person har for å realisere positiv helse. Dersom man fokuserer på ressurser og potensiale, vil mestringsperspektivet i større grad enn sykdomsperspektivet kunne bringe nye og ubrukte sider til den hjelpesøkende, dermed

blir mestring viktig for å åpne nye muligheter (Langeland, 2006). I denne studien innebærer det at helsepersonell inkluderer brukeren i planleggingen, og tilrettelegger på en best mulig måte for å fremme brukernes ressurser og potensiale, slik at brukerne opplever å bli sett og hørt, noe som kan bidra til økt mestringsopplevelse. Det er som nevnt vanskelig å definere helse, men min forståelse av helse handler om hvordan jeg har det som person både fysisk, psykisk og sosialt. Når jeg er fysisk aktiv opplever jeg glede fordi jeg får være ute i frisk luft og får beveget kroppen min, noe som jeg også opplever påvirker min psykiske helse. Å være sammen med sine venner og familie kan bidra med å fremme både fysisk og psykisk helse da dekker det sosiale behovet.

2.2 Helsefremmende arbeid

I følge Mæland (2010) tar ikke helsefremmende arbeid utgangspunkt i sykdom og risikofaktorer, men vektlegger faktorer som styrker ressursene for god helse. Dette innebærer samfunnsmessige, miljømessige, sosiale, kulturelle og individuelle forutsetninger for å fremme folks helse. Helsefremmende arbeid kan defineres som «Proessen som den enkelte så vel som felleskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker in på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse» Dersom man styrker menneskets helse kan det skapes et overskudd som kan fremme muligheter for personlig, økonomisk og sosial utvikling som igjen kan fremme økt livskvalitet (Mæland, 2010).

Det handler om å kunne fremme menneskets helse, slik at helsen blir en positiv ressurs i hverdagen. Idéen bak det helsefremmende arbeidet ble belyst på den første internasjonale konferansen for helsefremmede arbeid i Ottawa i 1986, senere kalt « Ottawa – charteret», som definerer helsefremmende arbeid slik:

Prosser som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. For og nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov, og endre eller mestre sitt miljø (Mæland, 2010, s. 73).

Her beskrives helsefremmende arbeid som en prosess der helse og livskvalitet skal styrkes gjennom medvirkning, for å oppleve mestring. Videre forstås denne definisjonen som at vi mennesker må være «empowerd» og ta kontroll over ens eget liv og ikke la seg påvirke av det som kan svekke helsen, men heller å identifisere og mestre sitt miljø ved å være bevisst

på faktorer som kan fremme helsen. Eksempelvis kan dette være: spise sunt og være regelmessig fysisk aktiv.

2.3 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid handler om å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død (Mæland 2010). For eksempel kan vaksinerings av barn for å forhindre sykdommer i oppveksten være et forebyggende tiltak. I følge Stortingsmelding nr. 37 (1992- 1993) presenterer Sosialdepartementet forebyggende tiltak som må gjøres for å forhindre sykdom og død. Innsatsområdene er forebygging av psykososiale problemer, belastningslidelser og skader etter ulykker som ikke har vært sikret etter uhell. For å forebygge mentale helseplager må en fokusere på forbedring av miljøet og mestringskompetanse hos individer med psykiske lidelser (Weisæth & Dalgard, 2000). Forebyggende helsearbeid kan deles i tre nivåer:

- Primærforebyggende nivå: Bidrar til utjevning av sosiale helseforskjeller som for eksempel: samfunnsplanlegging, miljøvern og rus, tobakk og smittevern, helseundersøkelser og vaksinasjon. Målgruppen er hele befolkningen eller uselekterte grupper.
- Sekundærforebyggende nivå: Arbeider målrettet mot grupper med spesielle behov eller er i faresonen som for eksempel: Grupper for barn av skilte foreldre, samtalegrupper for tenåringsforeldre og barn av foreldre med rus eller psykisk sykdom etc.
- Tertiærforebyggende nivå: Handler om oppfølging av enkeltindivider med spesielle behov som for eksempel har: Fysisk eller psykiske lidelser, risiko atferd som trenger individuell plan og en ansvarsgruppe (Helsedirektoratet, 2011).

Det skal sies at helsefremmende og forebyggende helsearbeid er begreper som ofte omtales sammen, og derfor vanskelig å se forskjeller (Alsvåg, 2012).

I teorien er det et klart skille mellom forebygging og helsefremmende arbeid, men i praksis går dette ofte i ett. Dette fører til at jeg i min undersøkelse vil ha fokus på å fremme helsen hos brukere med psykiske lidelser ved bruk av medvirkning og fysisk aktivitet.

2.4 Empowerment

Empowerment er et begrep som er vanskelig å oversette til norsk, men mange oversettelser er forsøkt; Myndiggjøring, medvirkning, bemyndigelse og egenmakt. Begreper som makt, kraft og styrke er også sentrale innenfor empowermentbegrepet (Tveiten, 2012). Makt er et begrep som kan ses i sammenheng med empowerment, men det er også et vanskelig begrep å definere. Noen maktteoretikere har vært opptatt av makt som en besittelse, suverenitet og kontroll, mens andre beskriver makt som utøvelse, strategi og kamp (Øye & Norvoll, 2013). Pasienter som er i en avmakt posisjon skal gjennom empowermentprosessen få styrket sin posisjon i sin behandling gjennom makt om fordeling, medvirkning og opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv (Tveiten, 2012). Hovedprinsippet i empowermentprosessen innebærer omfordeling av makt fra fagpersoner til pasientene eller ikke-eksperter (Tveiten, 2007). Det er to eksperter; Helsepersonellet, som kan vite hva som er det beste tilbud for brukeren faglig, og brukeren, som kan vite hva som er det beste for seg selv. Utfordringen blir å få til et samarbeid der fagkompetansen og brukerkompetansen veves sammen (Tveiten, 2007), noe som ikke alltid har vært lett. Fokus bør rettes mer mot løsninger enn mot problemer (Gibson, 1991).

Empowerment er et kjernebegrep i relasjon til folkehelse og helsefremmende arbeid, og blir beskrevet som både en prosess og et resultat (Tveiten, 2007). I følge Mæland (2010) har begrepet empowerment fått en sentral rolle i det helsefremmende arbeid. Dette paradigmeskiftet innebærer å rette fokus på enkeltindividet for at dette skal få større innflytelse og kontroll over faktorer som påvirker helsen (Mæland, 2010). Dette kan ses i sammenheng når brukeren får delta i planleggingsfasen og har mulighet til å påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen. Dersom brukeren får delta i utformingen av tjenestetilbudet, kan resultatet bli et økt selvbylde og kontroll over egen helse, noe som kan være vesentlig for ikke minst personer med psykiske lidelser. Mæland (2010) beskriver videre at empowerment kan forstås som å vinne større makt og kontroll over egen sykdom og helse. Gibson (1991) hevder at empowerment er et dynamisk konsept hvor makten både gis og deles. Dette paradigmeskiftet innebærer at sykepleierens oppfatning av egen rolle må endre seg. En sykepleier må forholde seg til en bruker som en likeverdig samarbeidspartner, og bidra med å støtte og styrke brukeren og nettverket som er involvert.

Sykepleiere må være villig til å fremme brukerens deltakelse for å bidra til at brukerne selv kan bli «empowered». Helsepersonell må dermed akseptere at individer får større ansvar for egen helse (Gibson, 1991).

Det er tre grunnprinsipper som er sentrale i empowermentttenkingen: Synet på brukeren som ekspert på seg selv, maktomfordeling og brukermedvirkning (Tveiten, 2007). Dette er prinsipper som kan være enklere å forstå enn begrepet empowerment. Ved at brukeren anses som ekspert på seg selv, vil helsepersonell ikke innta en «vi vet best holdning», men se på brukeren som nettopp dette, med konsekvenser for tiltak til beste for brukerens helse. Selv om brukeren er ekspert på seg selv, har vedkommende behov for og rett til å få del i den kompetansen helsepersonellet har. Dette betyr at det er behov for begges kompetanse, og begge kompetansene må anerkjennes (Tveiten 2007). Dersom helsepersonell klarer å se det slik, vil brukeren oppleve det som anerkjennende (Skjefstad 2012). Skjefstad (2012) beskriver at det er viktig at helsepersonell viser respekt for brukerens holdning, handlinger og verdier.

Maktomfordeling handler om å tilføre brukeren makt og myndighet, for å gi brukeren en mer aktiv rolle i sin behandling (Løken 2006). Løken skriver at helsepersonell må våge å gi slipp på sin «makt» og la brukeren ta del i avgjørelser som handler om hans eller hennes helse. Makt i denne sammenheng innebærer ikke bare økt innflytelse, men også mulighet for personlig utvikling. En bruker med psykiske lidelser vil gjerne utvikle seg personlig blant annet gjennom å delta i planleggingsfasen for å tilrettelegge aktiviteter. Gjennom deltakelsen kan brukeren utvikle sosiale ferdigheter, ettersom vedkommende må samarbeide med helsepersonellet. Videre får brukeren mulighet til å reflektere over hva slags aktiviteter som er motiverende. Dermed vil det være enklere å videreføre aktiviteter når brukeren utskrives. Dersom han / hun får mulighet til å delta, vil individet endres fra å være passiv deltaker til aktiv deltaker med ansvar for eget liv (Løken, 2006). I denne studien kan makt ses i sammenheng med at brukeren blir i stand til å ta eller ha mer kontroll over det som påvirker individets liv og helse.

Det siste prinsippet er brukermedvirkning. Det handler om at personer som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser i utformingen av tjenestetilbudet (Jenssen & Tronvoll, 2012). Brukermedvirkning bidrar til økt innflytelse i behandlingen, og anerkjennelse av pasientens kunnskap om sin helse og sykdom (Løken, 2006). I denne studien fokuserer jeg på helsepersonellens meninger om

brukermedvirkning ved tilrettelegging av fysisk aktivitet. Brukermedvirkning vil derfor bli vektlagt igjennom hele oppgaven.

2.4. 1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan forstås som å sette brukerens behov i sentrum (St.meld.nr 16 (2010- 2011), 2010). I møtet mellom en bruker med psykiske lidelser og helsepersonell vil førstnevnte oftest oppleve å ha mindre makt og være underlegen i forhold til sine hjelpere (St.meld.nr. 25 (1996-1997). I St.meld. nr. 25 Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudet - er brukermedvirkning et overordnet formål. Det framheves at brukermedvirkning krever informasjon til og opplæring av brukere, pårørende, tjenesteytere og beslutningstakere. Når det gjelder brukermedvirkning på individnivå bør brukeren ha rett til å ytre sine meninger, bli hørt og ha innflytelse i tilbud som gis (St.meld.nr 25 (1996- 1997), 1996). Dersom brukeren føler seg underlegen, kan han/hun ha vanskelig for å fremme sine synspunkter og ta i bruk sine egne ressurser (St.meld.nr. 25 (1996-1997), 1996). Brukermedvirkning ble lansert i offentlige helseutredninger i 1990 – årene (Storm et al., 2009).. Brukerne trenger informasjon og kunnskap for å medvirke i utformingen av tjenestetilbudet (Storm et al., 2009). Den nye pasient- og brukerrettighetsloven (1999) inneholder bestemmelser som vil sikre brukerens rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Videre skal lovens bestemmelser legge til rette for å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasient med hensyn til menneskeverd, liv og integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Helsepersonellet i den senere tid har vist økt interesse for brukermedvirkning innenfor psykisk helsearbeid, men likevel har det ikke vært gjennomslag i praksisfeltet (Valla, 2010). Her er det viktig å satse mer målrettet på brukermedvirkning i utdanningsinstitusjonene og på arbeidstedene, for at helsepersonell kan bli mer bevisstgjort på dette området. Gjennom medvirkning kan brukeren oppleve å få styrket sin mestringfølelse og opplevelse av kompetanse på sin egen sykdom og sitt eget liv (Storm, et al., 2009). Etersom brukermedvirkning har blitt ett større satsningsområde innenfor helsetjenesten, er brukerens deltakelse blitt mer godtatt i helsetjenesten (Storm et al., 2009). Dersom brukeren skal kunne være i stand til å ta mer kontroll over sitt eget liv og helse, kan det ha stor betydning at helsepersonellet er bevisst på sin egen rolle, og bevisst på hvordan man samarbeider og kommuniserer med brukerne (Tveiten, 2007). I denne studien vektlegges brukermedvirkning. Innflytelse i denne studien vil innebære blant annet

at brukerne får være deltakende i planleggingen av sitt opphold på DPS avdelingen. Gjennom brukermedvirkning kan det gi økt tillit, hvilket vil bidra til å fremme et godt samarbeid mellom «partene».

2.5 Samarbeid

Samarbeid er et vanlig begrep i vår dagligtale, men vanskelig å definere presist (Lauvås & Lauvås, 2004). Det kan forstås som å arbeide sammen for og nå et felles mål (Turnball et al., 2010). For å bedre samarbeidet mellom bruker og helsepersonell har Helse- og omsorgsdepartementet utviklet en samhandlingsreform hvor de mest sentrale punktene er rettet mot pasientens behov og koordinerte tjenester (St.meld.nr. 47 (2008- 2009), 2008). Målet er at brukeren og pasienten møter en helhetlig tjeneste som er godt organisert og samordnet og ivaretar god behandlingskvalitet. Bl.a. vektlegges ny folkehelselov for å styrke kommunenes ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid. Videre pålegges kommuner og sykehus plikt til å samarbeide. Kommunene pålegges plikt til å etablere tilbud om øyeblikkelig hjelp, for eksempel døgntilbud for pasienter som har behov for akutt hjelp. (St.meld.nr. 47 (2008-2009), 2008). Dette skal hindre at pasienten opplever tjenestene som uoversiktlige, noe som kan føre til dårlig dialog mellom pasienten og tjenesteapparatet. Samtidig vektlegges medvirkning og pasientmakt (St.meld.nr. 47 (2008-2009), 2008). Samarbeid mellom bruker og helsepersonell krever både åpenhet og gjensidig tillit, og dette kan åpne for gode samtaler og opplevelse av deltakelse og likeverdighet (Lidal & Røhme, 2006).

2.5.1 Dialog

Dialog er en samtale mellom to eller flere parter (Tveiten, 2007). Videre er dialog en benyttet form i en veiledningssamtale (Tveiten, 2008). I relasjon mellom bruker og helsepersonell er dialog viktig for å bevisstgjøre brukerens behov, ønsker og ressurser (Eide & Eide, 2004). I følge Tveiten (2012) kan helsekommunikasjon forstås som en dialog med utveksling av informasjon og refleksjon om helse. I engelskspråklig litteratur brukes begrepet «health literacy» som kan forstås som evnen til å få tak i, fortolke, forstå og bruke informasjon for å fremme og opprettholde helse (Tveiten, 2012).

Teoretikeren Paulo Freire (1999) beskriver dialog som et møte mellom mennesker. Freire ble født i 1921 i byen Recife, som er et av de fattigste stedene i Brasil. Fattigdommen preget han i skolegangen. Da han var 11 år gammel, ønsket han å arbeide for kamp mot sult og nød, for at andre barn ikke skulle erfare det samme som han hadde. Han utviklet

etter hvert en teori om hvordan elever og lærere kunne samarbeide for å få til forandring. Hva om eleven kunne føre dialog med læreren ved å stille egne spørsmål, vise engasjement og tillit, vektlegge likeverdig felleskap? Han beskriver videre at dialogen ikke vil kunne utvikles dersom det ikke finnes en dyp kjærlighet til verden og menneskene. Mennesket formes ikke gjennom taushet, men gjennom ord som brukes for å forandre verden. Dialogen bør være knyttet til dyp kjærlighet og et engasjement overfor andre mennesker, dette er det motsatte av frykt og manipulering. Dialogen kan oppløses dersom personen mangler ydmykhet og tror at en er mer kunnskapsrik enn de andre. Derfor krever dialogen tro på at mennesket kan lage noe nytt, skape og gjenskape, for og nå et rikere verd. Dersom man ikke har tro på mennesket, kan dialogen bli påvirket av passivitet og håpløshet, som kan medføre paternalistisk manipulering (Freire, 1999). Det er viktig at brukeren får komme med sine meninger. Dersom helsepersonell lytter til brukeren og har tro på det brukeren sier, kan det skape tillit og frembringe et godt samarbeid mellom partene.

I denne studien er helsepersonells meninger det som skal undersøkes, og det er ønskelig å fremskaffe dialog mellom respondentene for å få frem deres meninger om brukermedvirkning i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet.

2.6 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser kan forstås som et vanskelig fenomen å forholde seg til. Psykiske lidelser kan være alt fra enkle fobier som lettere angst og depresjonslidelser til alvorlige tilstander som schizofreni (Folkehelseinstituttet, 2011). De vanligste psykiske lidelsene er stemningslidelser (særlig depresjoner), angstlidelser og misbruk / avhengighet av rusmidler, men andre kan oppleve stressreaksjoner som ikke kvalifiserer til diagnose, men som likevel kan redusere livskvaliteten (Martinsen, 2004). Fellesbetegnelsen for alle psykiske lidelser er at de påvirker våre tanker, følelser, atferd og væremåte (Folkehelseinstituttet, 2011). Det kan oppleves som en belastning for mange mennesker (Håkonsen, 2000.) Psykiske lidelser kan utvikle seg gradvis og vedvare over lengre tid, eller forsvinne etter en viss periode (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). Det er viktig å belyse at mennesker kan ha psykiske lidelser selv om lidelsene ikke er definert som diagnose, men en psykisk plage. Psykiske plager er tilstander som er belastende, som ikke karakteres som diagnoser (Folkehelseinstituttet, 2011) Gjennom livet kan man for eksempel oppleve kjærlighetssorg som kan påvirke våre tanker og følelser som vil gradvis

forsvinne etter en viss periode. Slike opplevelser kan frembringe en mild depresjon som er en psykisk plage som man nødvendigvis ikke trenger innleggelse for.

I norsk helse- og sosialpolitikk har man i de siste årene vært opptatt av å sette i gang et arbeid for å løfte frem psykisk helse som et prioritert område (St.meld. nr. 16 (2002-2003), 2002). I 1996 kom Stortingsmelding 25, kalt «Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene». Sosial – og helsedepartementet ønsket med dette å legge frem en helhetlig politikk for tjenester innen psykisk helsearbeid, og vise hva og hvordan arbeidet har utviklet seg (St.meld.nr. 25 (1996- 1997), 1996). Senere har det blitt utviklet en opptrappingsplan som ble iverksatt i 1998. Planen strakk seg opprinnelig til 2006 og ble forlenget i 2008. I Opptrappingsplanen legger direktoratet fram forslag til tiltak i forhold til psykisk helse. Noen eksempler er forebyggende tiltak for å forhindre at psykiske lidelser utvikler seg. Samtidig å gi bedre behandling for å forhindre at lidelsene blir kroniske. Videre vektlegges brukermedvirkning, informasjon, utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom, utdanning og rekruttering av personell etc. (Sosial- og helsedirektoratet (2003- 2006), 2003). Formålet med planen var å gi brukere med psykiske lidelser et bedret behandlingstilbud, for å oppnå høyere livskvalitet (Brofoss & Larsen, 2009).

Personer med psykiske lidelser kan oppleve å ha lav selvtillit, og det kan føre til nedsatt evne til mestring, grubling og uhensiktsmessige tenkemåter som kan forlenge og forverre depresjonen (Martinsen 2011). Personer med psykiske lidelser kan miste troen på seg selv og tilliten til at de selv betyr noe for andre (Svisdahl 2008). Å behandle slike pasienter kan være en tidskrevende og utfordrende prosess. Politisk har det blitt iverksatt tiltak innenfor psykisk helsearbeid (St.meld.nr. 25 (1996- 1997), 1996), bl.a. med vektlegging av brukermedvirkning. Helsepersonellet har en viktig oppgave med å motivere og støtte brukerne gjennom behandlingen, og forstå hva slags behov og ønsker brukeren har for at individet skal selv klare å utføre hverdagslige oppgaver etter utskriving. Dersom brukeren får ta del i behandlingen og selv blir sett og hørt av helsepersonellet, kan det påvirke individets tro på seg selv og være betydningsfullt for vedkommende. I denne studien er fokuset på brukermedvirkning og fysisk aktivitet, og ikke psykiske lidelser i seg selv.

2.7 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet forstås alle bevegelser som fører til økt energiforbruk, mens fysisk trening er planlagte, strukturerte og gjentatte aktiviteter som skal forbedre eller opprettholde den fysiske form (Moe & Martinsen, 2011). Over tid har samfunnet endret seg med hensyn til daglige krav til fysisk aktivitet. Krevende kroppsarbeid er blitt erstattet med maskinkraft. I kombinasjon med monotont og stillesittende arbeid kan den fysiske inaktiviteten knyttes til en rekke sykdommer og lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2000). Ved behandling av psykiske plager på individnivå har samtalerterapi og medikamenter vært de mest brukte behandlingsmetoder (Sosial- og helsedirektoratet, 2010). Fysisk aktivitet har tradisjonelt hatt liten plass i psykisk helsearbeid, og har vært preget av mangel på kontinuitet og tilfeldigheter (Moe & Martinsen, 2011). I den senere tid har man sett økende bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid (Martinsen, 2011).

Helsemyndighetene anbefaler at voksne er fysisk aktive, med moderat eller høy intensitet (for eksempel hurtig gange), i minimum 30 minutter hver dag (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det foreligger en god del forskning på effekten av fysisk aktivitet, og det er dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet kan føre til bedre regulering av hjerte- og karsykdommer, diabetes mellitus type 2, overvekt, kreft, luftveissykdommer, muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2000). Fysisk aktivitet viser seg gunstig for sinnets helse med hensyn til selvfølelse, mindre tretthet, mer energi og et bedre forhold til egen kropp (Martinsen, 2011). Fysisk aktivitet gir atferdsendringer, og det har vist seg å fremme positive tanker og økt selvtillit (Sosial- og helsedirektoratet, 2010). Personer med psykiske lidelser har vanligvis lav selvfølelse og kroppoppfatning av seg selv (Martinsen 2011). For å motvirke dette har det vist seg at fysisk aktivitet som kondisjons- og vekttrening kan bidra til bedring av selvfølelse og kroppoppfatninger. Videre kan fysisk aktivitet hjelpe mot stress, bedre søvn, medføre reduksjon av muskelspenninger og øke kreativitet og positiv tenkning (Martinsen, 2011).

Ved disse tilstander er det ikke sjelden at manglende motivasjon kan være en utfordring i forbindelse med fysisk aktivitet (Moe & Martinsen, 2011). For å øke sannsynligheten for at brukerne fortsetter å være aktive etter utskrivning, kan god planlegging, gjennomføring og oppfølging av helsepersonell være vesentlig. Oppfølging og planlegging kan muligens bidra at brukerne selv forstår hva de selv må gjøre for å være aktiv for å finne sin egen

motivasjon til å fortsette å være fysisk aktiv etter utskriving. Helsepersonell som følger opp brukere har store muligheter for å veilede og påvirke (Sosial- og helsedirektoratet, 2010). Moe & Martinsen (2011) beskriver at deltagelse bør vektlegges fremfor prestasjon, og samtidig skal følelsen av medvirkning og ansvar stå sentralt. Dette for å hindre at brukerne opplever aktivitetene som tvang og press, men i stedet oppdager at aktivitet er morsomt og givende. For å øke sannsynligheten for at brukerne opprettholder den fysiske aktiviteten, er det gunstig at de selv velger en aktivitet de har glede av (Martinsen, 2004). I følge Hjort (2000) er det viktig å finne aktiviteter som er lystbetonte som gir glede og ikke gjøres av plikt. Dersom en skal iverksette et organisert aktivitetstilbud, er det viktig å finne aktiviteter som deltakerne liker og mestrer. Dermed må helsepersonell tenke helhetlig og erkjenne at lett fysisk aktivitet også har effekt (Sosial- og helsedirektoratet, 2010). Det er viktig at helsepersonell er motiverte, energiske og selv deltar på aktiviteter, dermed kan de lettere oppnå brukere som er motiverte (Martinsen 2011). Videre mener Martinsen at positive holdninger hos helsepersonellet også er faktorer som kan bidra til at brukere får økt motivasjon. Dersom helsepersonell vektlegger aktivt motivasjonsklima, vil det øke inspirasjonen til å være aktiv både blant brukere og helsepersonellet (Martinsen, 2011).

Ved gjennomføring av fysisk aktivitet er det viktig at brukere oppnår ikke bare gode prestasjoner, men glede og bedret helse. Derfor er det viktig å tilrettelegge individuelt, slik at hver enkelt bruker har mulighet til å mestre, og oppnår progresjon gjennom behandlingen (Martinsen, 2011). Mennesker med psykiske lidelser kan oppleve andre kvaliteter ved fysisk aktivitet ute i skog og mark, fremfor å trene i en idrettshall. Gleden over å oppleve planter, dyr, ulike lukter, smaker, syns- og hørselsinntrykk kan oppleves som meningsfullt (Martinsen, 2011). Det er viktig å ha aktiviteter som er lystbetonte og morsomme, og som kan gjennomføres sammen med andre (Martinsen, 2011). For å forhindre at brukeren mister motivasjon, kan helsepersonell tilrettelegge aktiviteter som brukerne har gode erfaringer med fra tidligere. Videre kan det være viktig å legge til rette for øvelser som kan videreføres etter utskriving, for å hjelpe brukerne videre ved å se hva slags aktiviteter som er mulig å gjennomføre i nærmiljøet, og som ikke koster så mye. Det handler om å finne riktige valg av aktiviteter til hver enkelt person. For noen handler det muligens om å øke hverdagsaktivitetene, som blant annet husarbeid, hente posten, gjøre hagearbeid og å gå mer i trapper fremfor å ta heis.

2.8 Oppsummering av teori

Helsefremmende arbeid er en del av forebyggende helsetiltak hvor fokus er på å fremme helsen, slik at det blir en positiv ressurs i hverdagen. Empowerment tenkningen er en naturlig del i dette arbeidet. Empowerment er definert som et kjernebegrep i relasjon til folkehelse og helsefremmende arbeid (Tveiten, 2007). Empowerment kan forstås som å vinne større makt og kontroll over noe (Mæland, 2010). Det er tre grunnprinsipper som belyser Empowerment; pasienten som ekspert på seg selv, maktomfordeling og brukermedvirkning (Tveiten, 2007). I denne studien er det fokus på brukermedvirkning på individnivå. Det kan forstås som å sette brukerens behov i sentrum. Videre skal brukeren medvirke og ta egne beslutninger i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.

Psykiske lidelser er tilstander som kan utvikle seg gradvis og vare over lengre tid eller forsvinne etter en periode (Haugsgjerd, 2009). Det kan være enkle fobier og mildere angst, depresjoner og mer omfattende og alvorlige lidelser som schizofreni (Martinsen, 2011). Ved behandling av psykiske plager har samtaleterapi og medikamenter vært de mest vanlige metodene, mens fysisk aktivitet har hatt relativt liten plass i behandlingen (Martinsen, 2011). I den senere tid har fysisk aktivitet blitt mer vektlagt i behandlingsprosessen. Personer med psykiske lidelser kan oppleve at det er tungt å komme i gang med fysisk aktivitet, og mange kan synes det er vanskelig å motivere seg (Moe & Martinsen, 2011). En vesentlig oppgave for helsepersonell er å kunne tilrettelegge fysisk aktivitet ut fra brukerens fysiske nivå, slik at han eller hun får best utbytte av behandlingen (Martinsen, 2011). Gjennom dialog kan helsepersonell avdekke brukerens behov. Derfor er det viktig med god planlegging, gjennomføring og oppfølging. Videre bør deltagelse vektlegges fremfor prestasjon, men samtidig skal følelsen av medvirkning og ansvar stå sentralt (Moe & Martinsen 2011). Dette for å hindre at brukerne opplever aktivitetene som tvang og press, men i stedet oppdager at fysisk aktivitet er morsomt.

3 Litteratursøk og tidligere forskning

3.1 Søkehistorie

Jeg har benyttet elektroniske og manuelle litteratursøk. Nedenfor presenteres databaser og søkeord i en tabell. Søkeordene ble benyttet alene og i kombinasjon.

Databaser	Søkeord
Medline	Physical activity
Embase	Physical activity, mental health, health care, cooperation, users involvement
Pumbed	Mental health, physical activity, cooperation between health personnel and shared decision making.
Svemed + (mesh søking)	Physical activity, exercise, mental health, mental disorders, mental health service og brukermedvirkning.
Cochrane	Collaboration, physical activity and mental illness
Manuellsøk via google	Tidsskrift for norsk psykologforening: Hvordan samarbeide med brukere med psykiske lidelser? Brukermedvirkning
Proquest	Mental disorders and patient participation, patient autonomy, patient involvement
Wiley online library	Physical activity and mental health

Tabell 1. Venstrefelt: Databaser – høyrefelt: søkeord

3.1.1 Inklusjonskriterier for valg av artikler

- Jeg valgte artikler som samsvarer med studiens tema; helsepersonells meninger om brukermedvirkning i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet.
- Artikler rettet mot helsepersonell med ulike yrkesbakgrunn; sykepleiere, psykologer, fysioterapeuter, sosionomer.

- Artikler som omhandler pasienters opplevelse av brukermedvirkning og fysisk aktivitet.
- Artikler om hvorfor fysisk aktivitet er viktig ved psykiske lidelser og hvordan fysisk aktivitet kan bidra til et bedre liv i hverdagen.
- Internasjonale artikler for å inkludere et bredere spektrum.
- Jeg har ekskludert artikler som er mer enn ti år gamle.

3.2 Tidligere forskning

Ved søk etter artikler om brukermedvirkning, fysisk aktivitet og psykiske lidelser, fikk jeg mange treff. Jeg valgte derfor å avgrense søket til artikler med kvalitativ design, hvor det ble benyttet individuelle intervju og fokusgruppeintervju. Jeg har vektlagt artikler som vektlegger hvorfor fysisk aktivitet er viktig for pasienter med psykiske lidelser, og hva slags tiltak helsepersonell må iverksette for å fremme fysisk aktivitet som en del av behandlingen for personer med psykiske lidelser. Videre fant jeg artikler om hvordan brukerne opplever brukermedvirkning i sin behandling.

3.2.1 Fysisk aktivitet og psykisk helse

I en undersøkelse fra Australia skriver Happel, Phung & Scott, (2011) at sykepleiere har en oppgave i å fremme fysisk aktivitet som en del av behandlingen, selv om sykepleierne ikke nødvendigvis har tilstrekkelig kompetanse på området. Helsepersonell som arbeider med psykisk helse har behov for informasjon om verdien av å utfolde seg fysisk, for å fremme brukernes mestringsopplevelse og deres positive syn på å være i aktivitet. Det er behov for at sykepleiere får mer kunnskap om fysisk aktivitet, slik at det kan videreføres i behandlingen (Happell et al., 2011).

Crone & Guy (2008) har utført en kvalitativ studie på pasienter med psykiske lidelser, der disse har deltatt i idrettsterapi som en del av behandlingen. Hensikten var å fremskaffe brukererfaringer med sportsterapi som inkluderte aktiviteter som badminton, gymnastikk og vannaerobic. De benyttet seg av to fokusgrupper. Funnene viste at brukere som benyttet seg av sportsterapi for å bli mer aktive og redusere vekt, også ble mer sosiale og opplevde tilhørighet. Disse faktorene ga brukerne motivasjon til å gjennomføre behandlingen. Helsepersonell bør kunne tilrettelegge på en best mulig måte, for å gi brukeren den trygghet som trengs for å mestre hverdagen.

I en undersøkelse utført av Skrede, Munkvold, Watne & Martinsen (2006) viser forfatterne at fysisk aktivitet er gunstig for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. Mange brukere trener aktivt mens de er på institusjon, men utfordringen ligger i hva som skjer etter utskrivningen. I psykiatrisk klinikk i Helse Førde fikk helsesportspedagoger og ruskonsulenter kurs om treningskontakter i samarbeid med Sogn og Fjordane Idrettskrets. Målet var å heve kompetansen for ressurspersoner i lokalmiljøet, ved å gi undervisning i et 40 timers program i treningslære, psykiske lidelser og rusproblemer. Resultatet viste at det var et stort behov for treningskontakter, og det er nå utdannet nær 300 slike (Skrede et al., 2006).

Almwik, Heimsnes & Tetlie (2009) har benyttet seg av fokusgruppe- og fem individuelle intervjuer i sin studie. Hensikten var å undersøke hvordan sykepleiere benyttet fysisk aktivitet som en del av behandlingen for pasienter med psykiske lidelser. Hver bruker skulle samarbeide med en sykepleier. Gjennom samarbeidet opplevde sykepleierne at det ikke var behov for å vise en autoritær rolle, mens positive tilbakemeldinger og humor var en viktig motivasjonsfaktor for brukerne. En pasient kommenterte «It is good to get positive feedback when I exercise. Then I get impressed. It is good to get appraisal. It lifts me up, and I feel like going on a bit longer» (Almwik et al., 2009, s. 38). Pasienten beskriver at han opplever gode tilbakemeldinger som en motivasjon. Det gir han drivkraft til å fortsette. Her viser det seg at motivasjon fra helsepersonell kan være avgjørende. I tillegg ønsker de å utføre pleierollen uten å være autoritære, for å skape et bedre samarbeid med brukerne.

3.2.2 Brukermedvirkning

Bjørnsland, Larsson & Kvigne (2012) har gjennomført en undersøkelse om pasienter med KOLS og deres medvirkning i utviklingen av helsetjenester. De benyttet kvalitativt intervju. Resultatene viste at informantene opplevde medvirkning og innflytelse gjennom å være aktive og tydelige ved valg av helsehjelp. Eldre informanter hadde også behov for innflytelse og å bli hørt. Informantene opplevde medvirkning da de ble respektert, fikk snakke med sykepleierne og ble anerkjent som eksperter på eget liv. Videre opplevde informantene at sykepleierne fremmet deres medvirkning ved å vise omsorg og forståelse, ved at de kjente til pasienten og hadde satt av tid til dem. Pasientene opplevde travelhet og mangel på respekt som en hindring for medvirkning. Videre skriver Bjørnsland og

medarbeidere (2012) at pasientene bør utfordres til å være aktive og ha tiltro til egen kunnskap, og sykepleierne bør bli flinkere til å lytte.

Hamann et al., (2011) har utført en undersøkelse som benytter seg av brukermedvirkning i helse- og sosialrelaterte diskusjoner. Studien ble gjennomført ved en universitetsklinikk (hukommelsesklinikk) i München. Resultatene viste at personer med depresjoner burde være mer deltakende i helserelevante diskusjoner. Personer med Alzheimers sykdom var mindre delaktig. Metoden som ble benyttet var tverrsnittstudie. Resultatene viser at pasientene foretrekker å delta i helserelevante diskusjoner, spesielt når det gjelder sosiale temaer. Informantene ville også at familien skulle kunne påvirke og være deltakende i diskusjonen, men familiene ønsket ikke å delta like mye dersom brukeren ikke gjorde det selv. Dette bekrefter at medvirkning kan være nyttig dersom man har ønske om å være mer delaktig i behandlingen av sin sykdom selv om dette var parallelt med avgrensning.

Valla (2011) hevder at brukerne bør være førende i utformingen av sin egen behandling. Hun arbeidet på et behandlingssenter i Ringsaker som nyutdannet psykolog. I arbeidet ble hun presentert for en ny måte å arbeide på. I stedet for at helsepersonellet bestemte behandlingen, fikk brukerne mulighet til å medvirke. Valla synes selv det var krevende i starten, men etter hvert lærte hun at brukerens ressurser var like verdifulle som hennes. Videre er hun opptatt av hva brukerne mestret og hvordan de selv kunne ta kontroll over sitt eget liv (Valla, 2011). I denne artikkelen beskrives meninger om brukermedvirkning, noe som samsvarer med min studies problemstilling; hva mener helsepersonellet om brukermedvirkning ved tilrettelegging av fysisk aktivitet.

Hamann et al., (2011) har gjort en pilot undersøkelse der de involverte pasienter med schizofreni i « shared decision making». Det var 32 pasienter som der behandlingen ble utprøvd, mens 29 gjennomførte kognitiv terapi (som her var standard behandling). Resultatet viste at pasienter som utprøvde « shared decision making» ønsket mer innflytelse, medvirkning og ansvar gjennom sin behandling.

Berge, Vedlog og Ekern (2011) har gjennomført en kvalitativ undersøkelse hvor de har benyttet seg av bruker spør bruker – metoden. Dette er en metode hvor man engasjerer personer som har vært en bruker og hatt psykiske problemer, og selv har vært i kontakt med helseapparatet. Disse personene intervjuer andre brukere om deres erfaringer og opplevelse av kvaliteten på behandlingen. Totalt ni brukere gjennomførte studien.

Resultatet viste at flertallet av brukerne opplevde behandlingstilbudet som positivt. Brukermedvirkning viste seg å være et viktig virkemiddel. Det bidrar til at brukerne får styre over viktige deler av sitt eget liv, og motta hjelp etter egne prinsipper, samt bli sett og respektert. Helsepersonellet mente at det å inkludere brukeransatte i utvikling av tjenestetilbudet var et godt middel for å styrke brukermidvirkning i psykisk helsearbeid.

4. Metodologi og metodevalg

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for forskningsdesign, vitenskapsteoretisk tilnærming, forforståelse, valg av metode, utvalg, forberedelse av intervju, gjennomføring av intervju og til slutt belyses etiske aspekter. Jeg vil konsekvent bruke betegnelsene respondenter og fortsette å bruke jeg som personlig pronomen.

4.1 Forskningsdesign

Design er en plan for hvordan undersøkelsen skal fremstilles (Thagaard, 2009). I følge Thagaard (2009) skal prosjektets design beskrive retningslinjer for hvordan man har tenkt å gjennomføre prosjektet. Ut fra min problemstilling og respondenter har jeg kvalitativt forskningsdesign med fokusgruppeintervju som metode. Jeg utarbeidet en plan med valg av tema, problemstilling, metode, analyse av data materialet og etiske aspekter. Videre ble det rettet fokus på hva undersøkelsen skulle omhandle, hvorfor og hvordan, for å komme fram til et forskningsspørsmål og en hensiktsmessig metode.

4.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk handler om å fortolke tekster, og fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Thagaard, 2009). I følge Kvale & Brinkmann (2009) er det første fortolkningsprinsipp en kontinuerlig frem-og-tilbake -prosess mellom deler og helhet i den hermeneutiske sirkel. Denne sirkelen innebærer at når man leser en tekst, har man oftest en *uklar* og en *intuitiv forståelse* av teksten, fordi man ikke på forhånd kjenner tekstens innhold. Etter hvert som vi leser deler av teksten, øker forståelsen av innholdet og hva teksten handler om, dermed frembringes *deler* av forståelsen av teksten som også er en del av prinsippene. Deretter settes *delene sammen i relasjon til helheten*, som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2009). Da jeg leste transkriberingene for første gang fikk jeg et lite inntrykk av teksten, fordi jeg ikke kjente helheten, men deler av den. Jeg fikk dermed en uklar og intuitiv forståelse av teksten (Kvale & Brinkmann, 2009). Neste steg i tolkningsprosessen fant sted da jeg leste gjennom intervjuene gjentatte ganger og prøvde å forstå hva som lå bak det respondentene hadde svart. Videre undret jeg meg over hvorfor de svarte slik de gjorde på de ulike spørsmålene. Etter å ha lest transkriberingen gjentatte ganger, økte min forståelse av svarene som en helhet. Dette er en bevegelse som stadig vil føre til økt forståelse og mening av teksten,

som er det siste prinsippet i hermeneutikken (Kvale & Brinkmann, 2009). I følge Thagaard (2009) kan man se tolkningen som en dialog mellom forsker og tekst. Videre kan forskeren fokusere på meningen som teksten formidler (Thagaard, 2009).

4.3 Forforståelse

Forforståelse handler om forskerens «ryggsekk» som vi bringer med inn i forskningsprosjektet og bærer med gjennom hele prosessen; erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teori (Malterud, 2011). Min forforståelse er knyttet til mine livserfaringer, mine verdier, fordommer og teorien jeg har studert gjennom studiet. Forforståelsen har antakelig blitt påvirket av lesing av tidligere forskning og annen teori. Den teoretiske forankringen kan ha gitt meg en annen forståelse av begrepet brukervedvirkning enn den jeg hadde tidligere. Dette kan ha gitt meg økt forståelse av tema, hvilket kan bidra til at jeg enklere kan forstå studiens teoretiske forankring. For å unngå at forforståelsen skulle påvirke for mye, har jeg prøvd å være bevisst og reflektere over hvordan jeg ikke skal bli for mye påvirket; dette er vanskelig. Jeg kan ha påvirket analysen ettersom jeg har en bachelorgrad i Folkehelse med vekt på fysisk aktivitet som igjen kan påvirke mine formuleringer av spørsmålene i intervjuguiden. Dette fordi jeg har et positivt syn på fysisk aktivitet og har erfart hvordan fysisk aktivitet påvirker kroppen. Spørsmålene har muligens blitt stilt på en måte som dekker noe av min undring over fysisk aktivitet og psykisk helse. Et eksempel på dette er at jeg tidligere har lest at fysisk aktivitet har blitt lite brukt innen psykisk helsearbeid og har dermed lagt vekt på å spørre hva helsepersonellet mener om å ha fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Dette fordi jeg selv er nysgjerrig på hvorfor fysisk aktivitet ikke blir mer benyttet i slike arbeidsmiljøer.

Min forforståelse for psykiske lidelser og brukervedvirkning har ikke vært like stor som for fysisk aktivitet, siden jeg ikke tidligere har erfaringer med personer med psykiske lidelser og brukervedvirkning. Ettersom jeg ikke har arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid eller medvirkning har jeg ingen fordommer om dette. Men jeg har undret over hvorfor fysisk aktivitet ikke er mer vektlagt i psykisk helsearbeid. Fordi jeg selv har erfart hvordan fysisk aktivitet påvirker kroppen fysisk, psykisk og sosialt.

4.4 Metodevalg

I kvalitativ metode undersøkes erfaringer, opplevelser, tanker, motiver og holdninger i tekstmaterialet, som representerer en samtale eller en observasjon (Malterud, 2011). En kvalitativ metode er godt egnet dersom man skal undersøke erfaringer og meninger, noe som er i samsvar med hensikten med studien. Som nevnt tidligere valgte jeg kvalitativt forskningsdesign i form av fokusgruppe intervju som metode. Metoden defineres som en gruppediskusjon hvor oppmerksomheten er rettet mot samhandling og interaksjon mellom deltakerne i gruppen (Malterud, 2012). Jeg har valgt respondenter med lik og ulik fagbakgrunn som arbeider på samme institusjon, for å fremskaffe homogenitet og variasjon (Malterud, 2011). En fokusgruppe kan bestå av fem til åtte informanter, i denne undersøkelsen sykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer, fysioterapeuter og vernepleiere. Intervjuet ble ledet av en moderator, som er intervjueren selv, med hjelp av en assistent som noterer underveis i intervjuene, i tillegg til at det gjøres lydopptak (Malterud, 2012). Det finnes også andre metoder som kunne ha vært benyttet; Individuelle intervju og observasjon. Ved individuelt intervju hadde jeg muligens fått noe dypere meninger om studiens tematikk. Dette fordi det er en samtale via en respondent og en intervjuer, der det kanskje er lettere for respondenten å si hva han egentlig mener. (Thagaard, 2009). Ved observasjon hadde jeg fått mulighet til å oppleve arbeidsmiljøet og selv observere hvordan helsepersonellet samarbeider med brukerne på en DPS avdeling. Grunnen til at jeg ikke valgte observasjon er at jeg heller ville høre deres meninger og fremskaffe mer utdypende svar med bruk av fokusgruppeintervju.

4.5 Utvalg

Mitt utgangspunkt for valg av deltagere var basert på følgende utvalgsriterier:

- Respondentene har arbeidet på avdelingen i mer enn to år og kjenner hverandre.
- Respondentene har ulik fagbakgrunn som vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere.
- Respondentene forstår (og kan snakke) norsk.
- Det var ønskelig at begge kjønn var representert blant respondentene.

I rekrutteringsfasen ble det benyttet en strategisk utvelgelse av respondenter som ville kunne gi svar på forskningsspørsmålene (Thagaard, 2009). Strategisk utvelgelse betyr at jeg velger personer som balanserer hverandre i forhold til samhandlingen i gruppen, og at de er informasjonssterke, noe som best mulig kunne bidra til å belyse studiens problemstilling. Ved rekruttering av respondenter fikk jeg hjelp av kontaktpersonen ved DPS avdelingen. Denne informerte om prosjektet på et personalmøte og opplyste om behovet for rekruttering, og hvilke utvalgsriterier jeg hadde. Kontaktpersonen fant 12 villige respondenter, i samsvar med det antall jeg i utgangspunktet mente jeg trengte. Grunnen til valg av 12 respondenter er fordi jeg hadde bestemt å plassere 6 respondenter i en gruppe, og det antallet var muligens mulig for meg å ha oversikt over i gjennomføring av intervjuene. Med flere respondenter kan det tenkes at jeg hadde hatt vanskeligheter med å ha styring over intervjuene. Deltakerne hadde ulik fagbakgrunn; ergoterapeuter, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, og sykepleiere med diverse videre- og etterutdanning (psykiatri, helsesøster, rus, fysisk aktivitet, kognitiv terapi og veiledning). Jeg valgte å intervju personer med ulik fagbakgrunn med mål å fremskaffe variasjon i deres meninger om brukervedvirkning. Disse arbeidet i ulike seksjoner; døgnavdeling eller poliklinikk. Navn på respondentene ble først kjent da de hadde skrevet under på samtykkeerklæringen og møtte opp på intervjuene. Da rekrutteringen var gjort, ble det sendt ut informasjonsskriv (vedlegg 2) og samtykkeskjema (vedlegg 3) til hver respondent. Respondentene fikk informasjonsskriv og samtykkeskjema som måtte leses og signeres. De fikk dermed skriftlig informasjon, men fikk ikke direkte muntlig informasjon fra meg, ettersom min kontaktperson var den som formidlet informasjonen.

4.6 Forberedelse av intervju

Det som nevnt tidligere benyttet fokusgruppe intervju som metode. Spørsmålene i intervjuguiden var åpne; diskuter hva dere mener, gi en beskrivelse og kan du fortelle. På den måten ble det lagt til rette for best mulig diskusjon og samhandling, noe som er i samsvar med fokusgruppeintervju (Malterud, 2012). I bruk av metoden ønsket jeg å fremskaffe helsepersonellens meninger og erfaringer om brukervedvirkning i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet. Jeg ønsket å skape interaksjon mellom respondentene for å fremskaffe kunnskap om temaet. I følge Malterud (2012) er dette en metode som er egnet dersom man vil lære om erfaringer, holdninger og synspunkter der en gruppe samhandler

med hverandre. Videre trenger ikke respondentene å bli enige om det som diskuteres (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det ble gjennomført en pilotstudie, der informantene mine var medstudenter, og jeg var moderator eller intervjuer. Jeg plasserte studentene rundt et ovalt bord, slik at alle kunne føre samtale med hverandre. Jeg plasserte meg ved enden av bordet hvor lærerne kunne observere meg, for at de kunne kommentere hva jeg eventuelt kunne gjøre annerledes. Samtidig hadde jeg da «kontroll på» mine deltakere. Jeg hadde allerede utformet en intervjuguide med tre forskningsspørsmål med underspørsmål: 1) Diskuter hva dere mener om å ha fysisk aktivitet som en del av behandlingen. 2) Diskuter hvordan dere samarbeider med brukerne på DPS avdelingen i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet. 3) Hvordan ser dere på å la brukerne få være med i utformingen av tjenestetilbudet fysisk aktivitet? Disse spørsmålene ble benyttet slik at jeg kunne få tilbakemeldinger fra lærerne og medstudentene om noe burde endres. Det var spennende og nyttig å gjennomføre en pilot på fokusgruppe intervju. På den måten fikk jeg prøve å være moderator. Etter pilotstudien omformulerte jeg noen underspørsmål som virket utydelige. Etersom jeg hadde mange underspørsmål, fikk jeg tilbakemelding om å slå sammen noen spørsmål for å unngå for mange. Videre fikk jeg anbefaling om at jeg som moderator kunne gi respondentene mer tid til å tenke over spørsmålene, og ikke være så redd stillheten. Etter tilbakemeldingene foretok jeg noen endringer.

4.7 Gjennomføring av intervju

Tolv respondenter takket ja til å stille opp på intervju, men da intervjuene skulle gjennomføres var det kun ti av tolv som gjennomførte. Jeg fikk ingen grunn på hvorfor de to ikke kunne stille opp. Disse ti respondentene ble delt i to grupper med fem respondenter i hver. Det ble gjennomført i alt tre intervjuer, hvor den ene gruppen ble intervjuet to ganger og den andre gruppen bare én gang. Grunnen til at jeg valgte å intervju den ene gruppen to ganger var muligens for å få mer utdypede svar og andre refleksjoner fra første intervju. Intervjuguiden ble benyttet. Det ble stilt tre forskningsspørsmål rettet mot; fysisk aktivitet og psykiske lidelser, samarbeid mellom helsepersonalet og brukermedvirkning. Videre ble det stilt underspørsmål som understøttet spørsmålene.

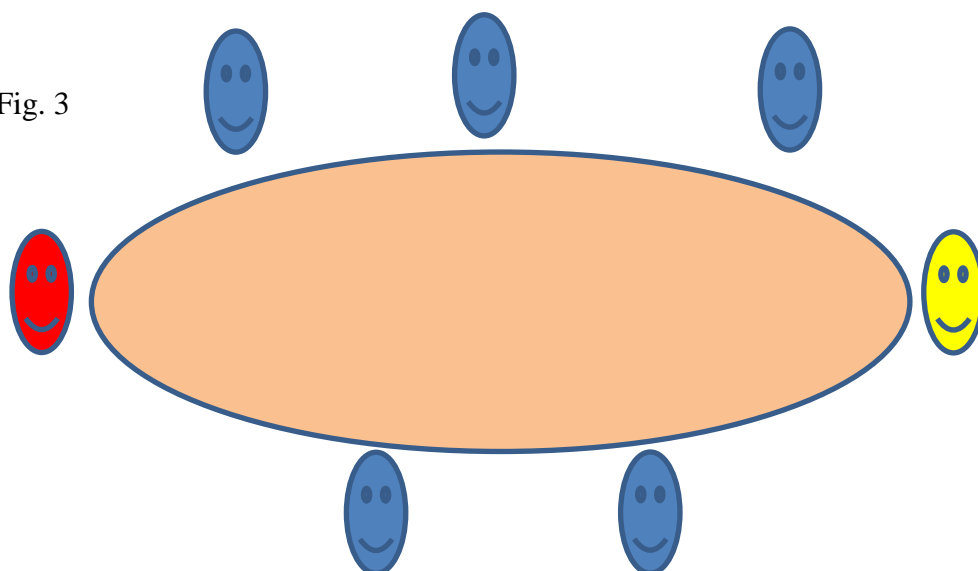
Gruppe 1 ble intervjuet først, deretter gruppe 2. Respondentene i første gruppe fikk to ukers mellomrom til å reflektere over hva de hadde sagt i første intervju, og tid til å reflektere over problemstillinger som kunne diskuteres i det neste intervjuet. I det siste

intervjuet var det kun fire respondenter fra første gruppe som kunne delta, derfor ble en deltaker fra Gruppe 2 med, slik at det ble fem respondenter også i det siste intervjuet. Intervjuguiden ble benyttet ved alle tre anledninger.

Intervjuene ble gjennomført på en DPS avdeling i Østfold fylke, og hadde varighet fra ca. 50 til 70 min, i respondentenes arbeidstid. Under alle intervjuene ble det servert kaffe og småkaker, for å gjøre intervjusituasjonen mindre formell, og skape god atmosfære. Ved begynnelsen av alle intervjuene informerte jeg om hva som skulle skje, og jeg gjentok hensikt med studien og innholdet i den skriftlige informasjonen og samtykkeerklæringen som intervjupersonene hadde signert på forhånd. Det var fortsatt mulighet til å trekke seg under intervjuet. Det ble informert om at det skulle brukes lydopptaker, og dette lot ikke til å hemme respondentene. Lydopptaket var for meg et godt hjelpemiddel til transkripsjon og analyse, slik at jeg under intervjuet kunne konsentrere meg om intervjuguiden og respondentene. Alle hadde signert samtykkeerklæringene (Vedlegg 3), som jeg fikk overlevert av min kontaktperson på forskningsarenaen før intervjuene. Jeg beskrev også hvilke roller vi hadde under intervjuene, og presenterte kort oss selv, for å fremme en atmosfære som skulle gjøre det enklere for respondentene å presentere seg. De første spørsmålene i intervjuguiden var også ment å bidra til dette. Jeg opplevde respondentene som trygge på hverandre. Før vi startet, fortalte jeg hvor hver respondent skulle sitte. Videre nummererte jeg respondentene, slik at det skulle bli enklere å følge med hvem som snakket.

Nedenfor vises en skisse over bordet og hvordan vi satt. Rødt ansikt er jeg som intervjuer. De blå er respondentene som jeg beskriver i transkripsjonen som informant 1 – 5 (I1 – I5), og assistent (gul)

Fig. 3



Under det første intervjuet opplevde jeg at respondentene var trygge på hverandre, fordi samtalene mellom dem hadde god flyt og svarene kom naturlig. De hadde mye å snakke om i forhold til studiens tematikk. I følge Malterud (2012) kalles slik gruppesammensetning «allerede eksisterende grupper» som innebærer grupper som kjenner hverandre fra før. Dette kan innebære at respondentene har større repertoar av felles erfaringer enn når man møtes for første gang. Dette er et kriterium som nevnes i kapittelet utvalg (jfr.Kap. 4.5). Jeg opplevde at det var positivt at respondentene kjente hverandre, fordi jeg da kunne lene meg mer tilbake og la de føre samtalene, slik en fokusgruppe skal gjennomføres (Malterud, 2012). Noen av respondentene i gruppen hadde tidligere erfaring fra fokusgruppeintervju. Jeg stilte de tre nevnte spørsmål om fysisk aktivitet og psykiske lidelser, samarbeid med brukerne og brukervedvirkning. Underveis i intervjuet ble det behov for å stille oppfølgingsspørsmål, da respondentene virket usikre på hva de skulle svare. De svarene jeg fikk opplevde jeg som konkrete og erfaringsbaserte refleksjoner. I alle tre intervjuene ble utsagnene oppsummert av assistenten, slik at respondentene hadde mulighet til å korrigere innholdet. Etter første intervju gjorde jeg egne refleksjoner på hvordan jeg var som intervjuer, og hvilken fremtreden jeg hadde. Dette var viktig for meg, slik at jeg kunne forandre min fremtreden eller spørsmål til neste intervju. Etter det første intervjuet opplevde jeg at intervjuet fløt greit, og endret derfor ingen spørsmål til de neste rundene.

I det andre intervjuet opplevde jeg respondentene som mer reserverte overfor hverandre, i motsetning til den første gruppen. Dette kan skyldes at ingen i gruppen hadde tidligere erfaring fra fokusgruppeintervju. Jeg opplevde at de ikke hadde problemer med å diskutere med hverandre, men opplevde at de svarte mer detaljert og utførlig. Dette kan være betinget i hvordan jeg stilte spørsmålene, eller hvordan spørsmålene var formulert. Dette vil diskuteres videre i diskusjonskapittelet.

I det siste intervju ble det stilt spørsmål for å frembringe refleksjoner etter det første: Hva slags refleksjoner har dere fra sist gang? Har dere noen annet å tilføye i forhold til samarbeidet? Jeg ville frembringe andre synspunkter og meninger etter det første intervjuet. Jeg benyttet fortsatt underspørsmålene som ble brukt i de to andre intervjuene,

for å fremme tydelighet og enda mer dybde i svarene. Etterhvert i intervjuet opplevde jeg at respondentene gjentok seg selv og ikke la til noe nytt i forhold til svarene, dermed besluttet jeg å avslutte intervjuet.

Jeg avsluttet samtlige intervju med å spørre deltakerne hva de syntes om å bli intervjuet. Deltakerne gav positive tilbakemeldinger. Intervjuene ble tatt opp med Olympus VN – 711.

4.8 Ethiske aspekter

Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg). Personene jeg intervjuet var ikke brukere, men helsepersonell. Derfor var ikke prosjektet meldepliktig til Regional etisk komitee (REK). Av samme årsak trengte jeg heller ikke tillatelse av forskningsavdelingen ved institusjonen DPS avdelingen. Jeg sendte forespørsel til seksjonslederen ved døgnavdelingen for å informere om undersøkelsen, og fikk tillatelse til å gjennomføre denne. Informasjonsbrev (vedlegg 2) og samtykkeerklæring (vedlegg 3) ble sendt til kontaktpersonen. Her ble det informert om hensikt, tema, fremgangsmåte, taushetsplikt og anonymisering. Det ble tydelig informert om at det var frivillig å delta og at deltakerne kunne trekke seg når som helst før eller under intervjuet (Ringdal, 2009). Videre ble det informert om at alle data ville bli behandlet konfidensielt, ved at alle data som kan identifisere deltakerne skal være oppbevart i låsbart skap i tråd med retningslinjer gitt av NSD. Ved gjennomføring av intervjuene ble det gjentatt at intervjupersonen kunne trekke seg når som helst under intervjuet (Nasjonale forskningsetiske komiteer). Transkriberingen av intervjuene ble nedskrevet uten dialekt, men i bokmålsform, og anonymisert. I lydopptakeren var det bra lyd og jeg hørte stort sett alt respondentene hadde sagt. Alle opplysninger ble behandlet uten navn og andre gjenkjennelige opplysninger. Materialet vil senest bli slettet i oktober 2013. Man kan oppleve at deltakerne gir opplysninger som de kanskje vil angre på senere, og dersom det skjer, kan noen ønske oppfølgingstjeneste. Jeg opplevde at ingen av respondentene forsnakket seg ved å bruke navn da de fortalte om sine erfaringer og opplevelser om samarbeidet med brukerne. Det er svært viktig at personopplysninger blir behandlet konfidensielt, særlig siden det dreier seg om et behandlingsmiljø i det psykiatriske fagfelt der opplysninger kan være sensitive. Utover undertegnede, assistent, avdelingsleder og respondenter kan ingen finne ut hvem som har deltatt i undersøkelsen

eller hvem som sa hva under intervjuene. Alle opplysninger blir makulert og slettet i oktober 2013.

5. Analyse av data

5.1 Transkripsjon

Transkripsjonen besto av 47 sider med direkte sitater av respondentenes utsagn tatt opp på lydopptakeren. Initialt valgte jeg å skrive inn latter, men etterhvert opplevde jeg at latter ikke var nødvendig for teksten. Jeg forstod respondentenes utsagn og fant at latter ikke hadde stor betydning for sitatene.

Jeg valgte å transkribere på bokmål (vedlegg 5 og 6 – deler av transkripsjonen). Ved å transkribere intervjuene selv ble jeg godt kjent med tekstens innhold, og kunne straks begynne min fortolkning av teksten. Å lytte på min egen muntlige fremtoning på lydopptakeren var en viktig prosess, fordi jeg da kunne korrigere kommunikasjonsferdighetene mine til neste intervju når det var behov for det. Jeg lyttet på lydopptakeren flere ganger for å kvalitetssikre transkripsjonen. Under deler av lydopptaket var det vanskelig å skille respondentenes stemme, og jeg måtte lytte gjentatte ganger på lydfilene, slik at jeg var sikker på hva som var sagt. Dersom det var noe uklart, satte jeg tre prikker... og skrev bak linjen, «forstår ikke hva som blir sagt».

Til hjelp i analysearbeidet har jeg blitt inspirert av Kvale & Brinkmann (2010) sin analysemodell. I analysen er det fokus på mening med følgende fire trinn: Meningskoding (lage fargekoder) meningsfortetning, (meningsfulle enheter og kondensering), meningskategorisering (underkategorier og hovedkategorier) og til slutt meningsfortolkning (Kvale & Brinkmann, 2010).

5.2 Analyse

For å utvikle min fortolkning av intervjuene leste jeg transkripsjonene gjentatte ganger, for å få en helhet og komme mer i dybden i hva respondentene hadde sagt. Det ble skrevet sammendrag av hver intervjuetekst. Videre fant jeg meningsfulle enheter som enten var ord, setninger eller avsnitt. For å skille temaene benyttet jeg meg av fargekoder. Jeg fokuserte på ett intervju om gangen, og startet med første forskningsspørsmål, for å systematisere det best mulig. Første forskningsspørsmål ble markert gult, og alt som var relevant til dette spørsmålet ble markert i samme farge, tilsvarende for de to andre forskningsspørsmålene. Videre fant jeg relevante ord, setninger og avsnitt som jeg kunne se i sammenheng med

både problemstilling og forskningsspørsmålene, som jeg gav nye fargekoder. Jeg endte opp med 13 ulike fargekoder i første intervju, disse ble kategoriserte med temaer. Jeg gjentar her: forskningsspørsmål 1 « Diskuter hva dere mener om å ha fysisk aktivitet som en del av behandlingen?», forskningsspørsmål 2 «Hvordan ser dere på å la brukerne få være med i utformingen av tjenestetilbudet fysisk aktivitet?» og forskningsspørsmål 3 « Diskuter hvordan dere samarbeider med brukerne på DPS avdelingen i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet» Denne delen kalles for koding (Kvale & Brinkmann, 2010). Videre noterte jeg alle 13 temaene på hver sin plakat med de meningsfulle enhetene jeg hadde funnet i transkripsjonen, for å få mer oversikt. Dette gjorde jeg med samtlige intervju.

Neste steg var å kondensere de meningsfulle enhetene, slik at jeg kunne finne essensen i enhetene og finne underkategorier. Jeg endte opp med 50 underkategorier som ble nedskrevet på et stort ark da jeg hadde kodet både første, andre og tredje intervju. Videre måtte jeg se sammenheng i ulike underkategorier for å kondensere ytterligere. Denne delen ble drøftet med veilederne og medstudenter, slik at jeg kunne sikre en bedre tolkning av hva kategoriene handlet om. Videre prøvde jeg å utdype min forståelse av hva de utvalgte underkategoriene handlet om. Etter hvert tolket jeg en sammenheng mellom underkategoriene, og dernest ble hovedkategoriene definert. Totalt var det tre hovedkategorier; Helsepersonellet syn på medvirkning, å ansvarliggjøre brukeren, og helsepersonellets holdninger til fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Disse kategoriene ble drøftet med veilederne, og kategoriene ble omformulert flere ganger for å få frem riktig betydning av kategorien. For å sikre at dette var riktige hovedkategorier, måtte jeg tilbake til transkriberingene for å lese gjennom sitatene og kvalitetssikre at jeg hadde forstått og tolket riktig de meningsfulle enhetene. Dette bidro til at jeg forstod teksten bedre og kunne se den i sammenheng og i forhold til hoved- og underkategoriene. Til slutt abstraherte jeg slik at jeg fikk 2 hovedkategorier basert på 6 underkategorier. Å abstrahere menes i denne sammenheng å knytte underkategoriene opp mot hovedkategoriene som best passer sammen, for å få en helhetlig tolkning av analysen. De to hovedkategoriene jeg endte opp med var: 1) Betydningen av medvirkning og 2) Fysisk aktivitet som en del av behandlingen. Disse to hovedkategoriene ville jeg skulle samsvare med studiens problemstilling; hva mener helsepersonellet om brukermedvirkning ved tilrettelegging av fysisk aktivitet på en DPS avdeling.

Hovedkategori 1 Betydningen av medvirkning	Hovedkategori 2 Fysisk aktivitet som en del av behandlingen
Underkategori: 1. Dialog 2. Individuell tilpasning 3. Ansvarliggjøring	Underkategori: 4. Fysisk aktivitet og psykiske lidelser 5. Fremskaffe kunnskap om fysisk aktivitet 6. Motivering

tabell 4. Denne tabellen viser mine to hovedkategorier basert på seks underkategorier

6. Resultater

I dette kapittelet presenteres resultater i form av en tabell (tab 5), for å gi en bedre oversikt over kategorier og sitater. De meningsfulle enhetene er direkte avskrevet fra lydopptaker og presentert i bokmålsform. Gjennom analysen dannet det seg to hovedkategorier og syv underkategorier.

Hovedkategori 1	Underkategori 1	Sitater
Betydningen av medvirkning	Dialog	<p>I1 «Å informere»</p> <p>«Vi sitter sammen når vi skriver ukeplan»</p> <p>«Jeg tenker også på hvordan man forklarer ting. De med reglene for eksempel å forklare hvorfor det er sånn.</p> <p>«Hvorfor får jeg ikke lov til å rydde på kjøkkenet og forklare begrunnelsen, og da møter du en helt annen og da møter du ikke den der motstanden tilbake»</p> <p>«Det er jo gjerne sånn at man tar en runde på morgen møte, hvor man planlegger dagen. Og da sitter man med pasienten»</p> <p>«Men så hender det at vi hvis, det er noen som ikke vil være med, så spør vi hva er grunnen til det? Det står jo ikke på ukeplanen, så vi prøver å oppmuntre»</p> <p>«Vi må jo alltid høre begrunnelsen også ta en samtale rundt det. Og hvis du ikke greier det i dag, kan du gjøre noe annet da?- for du blir ikke bedre av å ligge i sengen.</p> <p>« I en tegnegruppe jeg var i har jeg erfart at hvis det er en pasient som har veldig god erfaring fra den gruppen, så kan den personen fortelle litt om den gruppen: <i>Det der er en fin gruppe og det må dere være med på.</i> For da virker det enda bedre når en medpasient kan si noe positivt, for da er det lettere for de andre å henge seg på.</p> <p>I2 «Vi gjør jo de fleste tingene sammen med pasientene. For eksempel ukeplaner og det er liksom det hver dag i en uke med aktiviteter og møter og. Den utformer vi sammen. Også har vi sanne brukermedvirknings møter og brukerforum en gang i uken»</p> <p>«Primærkontakt»</p> <p>«Kartlegging»</p> <p>«Er det sånn at man i samtale med brukerne som kommer hit, så snakker man litt om tidligere erfaring med aktivitet og»</p> <p>I3 «Kommunikasjon»</p>
	Underkategori 2 Individuell tilpasning	<p>I1 «Mye av opplegget er jo allerede tilrettelagt. Ler.. sånn sett med faste grupper da»</p> <p>«Det at du sier at vi har den faste ukeplanen med aktiviteter også har vi det som du var inne på (Informant 3)</p>

		<p>at hver pasient har jo en ukeplan. En individuell ukeplan, hvor de står felles aktiviteter og hvor det kan legges individuelle avtaler som passer til den enkelte»</p> <p>«Det er veldig individuell tenkning. Jeg tenker de som er aktive, ja vel hva er det du liker å gjøre. Ja flott at du gjør det. Sykle.. Ja det er helt greit .. ta deg en tur. Du liker å gå ja det er helt flott. Kan godt ha ekstra individuelle turer hvis det er så herlig. Så man tenker individuelt. Også selvfølgelig må de få informasjon da»</p> <p>«Og Tilpasse den enkelte»</p> <p>«Pasientmedvirkningsmøte»</p> <p>I2 «Den ukeplanen lages av en primærkontakt med en bruker sånn at de får stå for seg selv»</p> <p>«Det er klart det går ant å kartlegge litt pasientene, ut i fra hva slags erfaring dem har med fysisk aktivitet. kan det være at de aldri har fått til noe, eller har den trenet med vekter hele livet?</p> <p>«Hva er de du faktisk klarer.. eller hva er det du: jeg vil ikke gå en km, men hva er det du kan tenke å gjøre.. Nei kanskje bare en runde rundt huset»</p> <p>I3«Å legge til enkeltes behov»</p> <p>«Og tilrettelegge individuelt»</p> <p>«Det samarbeidet som foregår rundt den ukeplanen tenker jeg er veldig sentralt i hvordan pasientene klarer å delta i aktivitetene»</p> <p>«Det er jo kommunikasjon det da mellom pasient og ansatt og hvor er pasientene på en måte. Hvor kan man tilrettelegge individuelt»</p>
	<p>Underkategori 3 Ansvarliggjøring</p>	<p>I1«Vi er absolutt åpen for brukermedvirkning. Vi har jo et brukerforum, pasientmedvirkningsmøte hver uke. Hvor de har muligheten til å ta opp ting som inngår felleskapet. Bidra med forslag på turer»</p> <p>«Da har jeg veldig tro på at vi skal ha undervisning for pasientene også. Vi så i hvert fall effekten av det da vi hadde det. De ble mere motivert. De tok mer ansvar for å være i aktivitet selv»</p> <p>«De skal medvirke, det ligger i ordet. Du som bruker skal få være med å bestemme. Være med å ha innflytelse. Og være aktiv i det som skjer»</p> <p>«Jeg tenker på det at pasienten kaller vi det her da, kan komme med sine erfaringer om sitt liv og «hvor de vet hvor skoen trykker» og hva de får frem og hva slags ressurser og interesser de har også kommer jeg med mine fag kompetanse, så det blir som et møtepunkt</p> <p>I2 «Jeg tror det (brukermedvirkning) må til hvis ikke fungerer ikke praksisen»</p>

		<p>«I forhold til Empowerment og sånn. Det å sitte bak rattet og selv styre da har man funnet nøkkelen da..»</p> <p>«Vi gjør jo de fleste tingene sammen med pasientene. For eksempel ukeplaner og det er liksom det hver dag i en uke med aktiviteter og møter og. Den utformer vi sammen. Også har vi sånne brukermedvirknings møter og brukerforum en gang i uken»</p> <p>«En annen ting er at det de pasientene våre hvis det hadde vært noe som de har syntes har vært helt galt med turene eller yoga, eller treningsrommene det opplegget vi har, så ville det ha kommet på morgen møte. Det hadde kommet»</p> <p>I3 «Brukeren skal få medvirke»</p> <p>«Være en del av stemme»</p> <p>«Vi har jo mange møter, der vi går igjennom de aktivitetene vi har i løpet av dagen. Da har de anledning til å gjøre noe om aktivitetene i den forstand»</p> <p>«Det er liksom hele poenget at vi setter oss sammen med vedkommende. Det er liksom hele poenget det altså (ukeplanen)»</p> <p>«Får lov til å ta del og bestemme over sin egen behandling. Jeg tenker at det ligger en form for aksept av liksom ansvarliggjøre også tenker jeg jo i medvirkningsbegrepet. Det og på en måte gjøre at det er du som kjenner dine egne behov og ønsker best. I noen tilfeller så er det godt å bli hjulpet. Og det er kanskje deres største ønske. Hjelp meg, fyll meg,</p> <p>Men del av prosessen handler om å få de til å medvirke med tanke om at man skal bli selvhjulpen»</p> <p>«Det å virke i bunn og grunn ta ansvar for seg selv. Det er en lang prosess»</p>
--	--	--

<p>Hovedkategori 2 Fysisk aktivitet som en del av behandlingen</p>	<p>Underkategori 4 Fysisk aktivitet og psykiske lidelser</p>	<p>I1 «Vi ser på det som veldig viktig her på x og vi har jo fysisk aktivitet på felles programmet hver dag. «Vi ser på det som en del av behandlingen og ikke bare en fritidsyssel» «Mange av våre tidligere med av de sykeste schizofrenia pasienter er med hver uke og spiller innebandy, basketball, og fotball. Og for noen år tilbake så var de innlagt her og da lå de. De kom seg nesten ikke opp av senga og nå er de kjempeflinke og kjempeaktive, så det er muligheter altså» «Det er virkelig forebyggende og behandlende helsearbeid» «Jeg tenker at i bevegelsesgruppen så har vi turene og det er stort sett deltakelse, men for å få folk med i svømmingen synes jeg vi har enda mer utfordringer, så da kunne vi ha jobbet litt mere med det. At de har med seg tøy allerede de er blitt lagt inn. «Jeg vet ikke om det handler litt om å kle av seg» «Det handler sikkert masse om det» «Det er mye større prosess og skulle ta på seg en badedrakt å gå inn i svømmehallen enn å bli med på tur»</p>
		<p>I2 «Det er naturlig» «Det bør være en selvfølge» «på enhet kognitiv terapi så er det en daglig fysisk aktivitet i form av bevegelse» «Sirkeltreninger, bevegelsestrening, svømming, ballspill, turer, felles turer, yoga, mindfulness og treningsrom som kan bli brukt» «Det er også en ting som er kjempe verdifullt tenker jeg. Å få dagslys blant annet. «I stedet for å være inne på rommet sitt i sofaen i dårlig lys med gjenlukkede gardiner. Det er ikke akkurat. Det bedrer ikke psyken «Man opplever at de synes det er deilig også det med selvtillit. De føler liksom.. sånn ovenpå. Når de har klart ting og gjennomført ting, så det er positivt». «Flytte grenser, er det noen som sier» «Jeg trodde ikke jeg skulle være i stand til å gjennomføre</p>

		<p>det og det var bra nok det jeg gjorde, selv om det ikke var som en toppidrettsutøver. Den der stoltheten».</p> <p>«Jeg synes også det at mange ganger er det største hindret er pasienten selv. Det er liksom det at han ikke ønsker eller vil, ikke er klar kanskje»</p> <p>«Mange av dem har dårlige erfaring når de hadde gym på skolen. Aldri fått til noe. Kroppen har ikke vært i balanse»</p> <p>«Ellers så er den ikke der den var...De spilte på så høyt nivå .. og nå er fallhøyden veldig stor.</p> <p>Hvis man ikke har trent på en stund eller hvis man aldri har trent så er jo det å begynne å trene er jo en prosess. Det er jo det, som trenger litt lengre tid...»</p> <p>«Deretter å bli vant til hva kroppen reagerer med, med økt puls og at man blir andpusten og svetting. Det er faktisk naturlig det og skulle reagere sånn. .Ikke noe sykkelig»</p> <p>I3 I det siste har vi fått mer og mer fokus. (fysisk aktivitet). Det har vært en prosess for oss også.</p> <p>«Det (fysisk aktivitet)har blitt veldig forankret i strukturen på avdelingen. Før var det litt mer tilfeldig og opp til hver enkelt dagskontakt, men nå er det blitt mer systematisert»</p> <p>«Det er jo fordi at det har en gunstig helsevirkning, både fysisk, psykisk og sosialt.</p> <p>«Vi ser brukerne etter fysisk aktivitet som fornøyde, veldig fornøyde»</p> <p>«Føler seg i bedre i form»</p> <p>«Mestring på gjennomført, klart noe»</p> <p>«Velvære, glede»</p> <p>«Samhørighet»</p> <p>«Relasjonsbygging»</p> <p>«Fornøyde, veldig fornøyd»</p>
	<p>Underkategori 5 Fremskaffe kunnskap om fysisk aktivitet</p>	<p>I1 «Da har jeg veldig tro på at vi skal ha undervisning for pasientene også. Vi så i hvert fall effekten av det da vi hadde det, den undervisningen for pasientene den gangen. De er mer motiverte. De tok mer ansvar for å være i aktivitet selv. Det har mye å si kunnskap da»</p> <p>«I forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet, noe som jeg har erfart i de årene vi har jobbet med det, på en annen institusjon. Er man må begynne med personalet først. Hvis man ikke brenner for det selv (fysisk aktivitet), så klarer man ikke å få med pasientene heller»</p> <p>«Jeg tenker det som er viktig der er og ferskvare fysisk aktivitet. Så det blir jo på en måte å ha enda mer fokus på hva du gjør når du skrives ut. Hva finnes av tilbud i kommunen som de kan knytte seg opp mot»</p> <p>I2 «De har forskjellige fysiske øvelser som de har i DPS</p>

		<p>avdelingen»</p> <p>«Vi har fått inn mer kunnskap» (fysisk aktivitet)</p> <p>«Sånn at vi kan klare å overførbare dette til pasientene»</p> <p>«Det handler om interesse også. Jeg synes i hvert fall vi lærer mye om av å bare delta i gruppene. Og det gjør jo noe med hvordan jeg fører det videre til pasientene som.. Yoga, mindfulness, bevegelsesgrupper. Hva er det de driver med egentlig. Da er det jo min kunnskap og forståelse betydningsfull i hvordan jeg presenterer hensikten med det og da er det viktig å kunne si vettugt som når frem»</p> <p>«Det er noe med oss også da. I forhold til at vi også har gått igjennom en prosess i forhold til å bli bevisstgjort dette med fysisk aktivitet, og hvor mye det har å si. Før jeg har vært her en tidlig morgen, så hadde vi ikke noe fokus på det. Og hvis det var noen som ikke ville gå tur, så ville de egentlig ikke gå tur. Vi hadde ikke vekten på det i alvorlig grad før, men det har vi liksom nå»</p> <p>«Det med å ha en hverdag fullt med noen aktiviteter. Ved helst å lage noen rammer da. Blant annet det med fysisk aktivitet er noe veldig viktig det vi holder på med her. Legge inn turer på dagen og alminneliggjøre det. Legge inn en tur, som en del man gjør på en dag.</p> <p>Deretter å bli vant til hva kroppen reagerer med, med økt puls og at man blir andpusten og svetting. Det er faktisk naturlig det og skulle reagere sånn. .Ikke noe sykelig»</p> <p>«Jeg er ganske fersk i sammenheng med det jeg også. Men det kunne se at kaffen og røyken var sånn hyppigste brukte aktiviteten helt i starten. Men vi oppdaget at vi har jo en plan som er blitt utvidet og man er blitt enda flinkere til å motivere på fysisk aktivitet, sånn at det går inn etterhvert.</p> <p>«Vi har mer oppmerksomhet om det i personalgruppen også. Det er flere som snakker om det nå. Også har vi det tilbudet utenfor også <i>Den aktiv på dagtid</i> at det også er noe man kan benytte seg av»</p> <p>I3 «Det er kjempe viktig tenker jeg. Veldig fin motivator, også for ansatte som meg som ikke har hatt så fokus på det»</p> <p>«Etter forrige gang, så tenkte jeg at vi er ganske flinke på DPS da det å ha fokus på her med fysisk aktivitet og psykisk helse»</p> <p>«De siste 5 årene har vi fått mer og mer fokus. (fysisk aktivitet). Det har vært en prosess for oss også»</p>
	<p>Underkategori 6 Motivering</p>	<p>I1 «Å motivere ut i fra hvilken situasjon de er i» «Brukermedvirkning er jo veldig viktig da for å</p>

		<p>oppretholde motivasjon tenker jeg» «Du må jo være en indre driver også da blir brukervedvirkning viktig» « jeg synes dette med motivasjon er jo hele tiden en ledetråd, fordi mange av våre pasienter trenger å jobbe med motivasjons ting. Man er jo deprimert også. De har kanskje hatt det veldig tøft før de kom hit, og de har fått fokuset på noe annet. Og det er veldig viktig, men her trengs det jobbing fra vår side. Det er jo det brukerperspektivet at vi må se den enkelte og motivere, men noen ganger har vi heller ikke så mye valg»</p> <p>I2 «Vi motiverer brukerne» «Vi er pådrivende»</p> <p>I3 «Jeg tenker på det vi sa en om egen eller motivasjon for pasientene for å få gjort litt, at vi ikke kan «bære de ut på tur», men vi kan jo gjøre ganske mye tilby å være med, om motivasjonen til pasienten ikke er så stor» «Hver pasient har jo alltid en dagskontakt. Jeg synes det er genialt fordi da kan den kontakten også være med å samarbeide med pasienten hvis han har en dårlig dag og være litt mere på motivering eller utforske litt muligheter ellers kanskje gå en tur med vedkommende, når det ikke er noe andre muligheter for vedkommende. Så jeg tror det betyr mye for pasienten at de har en kontakt å forholde seg til og vet at det er en person der»</p>
--	--	--

Oppsummering

Resultatene har blitt presentert gjennom to hovedkategorier som er 1) fysisk aktivitet som en del av behandlingen og 2) betydningen av medvirkning. Disse hovedkategoriene oppsummerer hva helsepersonellet mener om brukervedvirkning og hvordan de tilrettelegger for fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser. Helsepersonellet hadde positive erfaringer fra fysisk aktivitet, og mente at dette ikke bare er en fritidssysse, men også en del av behandlingen. I forhold til å samarbeide med brukerne er individuell tilrettelegging viktig for å skape mestringsopplevelse og gode erfaringer med fysisk aktivitet. Derfor må helsepersonellet tilpasse aktiviteten til hver enkelt bruker, slik at brukerne starter på et nivå de mestrer. I de senere årene har helsepersonellet blitt mer bevisstgjort på fysisk aktivitet, dermed har de tilført ulike aktiviteter som brukerne kan

benytte seg av; svømming, turer i skogen, ballspill og styrkerom. Hver enkelt bruker har en primærkontakt de kan forholde seg til. Videre viser resultatene at under planleggingsfasen er det viktig at brukeren får medvirke og ha innflytelse på behandlingen, slik at de opplever ansvarliggjøring og motivasjon.

7. Diskusjon

I første del drøfter jeg kritisk studiens metode, dernest følger diskusjon av hovedkategorier i sammenheng med underkategorier. Diskusjonen vil ses i lys av teoretisk forankring og forskning relatert til studiens to hovedkategorier 1) betydningen av medvirkning og 2) fysisk aktivitet som en del av behandlingen, med underkategorier.

7.1 Kritikk av studien

7.1.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelig en studie er gjennomført (Thagaard, 2009). Det ble valgt en kvalitativ forskningsdesign i form av fokusgruppeintervju som metode, på grunn av studiens hensikt og problemstilling. Jeg ville få frem respondentenes opplevelser, meninger og erfaringer gjennom en gruppediskusjon. Intervjuguiden ble utarbeidet på grunnlag av problemstillingen og benyttet som et verktøy for å holde på fokus gjennom intervjuene. Spørsmålene i intervjuguiden ble vurdert og utarbeidet i samarbeid med veiledere og medstudenter; et formål var også å fremskaffe flyt i intervjuene. Veiledningen var nyttig for å tydeliggjøre hva jeg egentlig ønsket å finne ut av.

I denne prosessen har jeg måttet studere ulike artikler for å få frembringe ulike problemstillinger som kan relateres til studiens tema; medvirkning, samarbeid og psykiske lidelser og fysisk aktivitet. Jeg fant et utgangspunkt for å finne spørsmål til intervjuguiden og samtidig reflektere over hva jeg ville spørre om. Som tidligere nevnt i metodekapitlet fikk jeg testet ut intervjuguiden gjennom en pilotstudie som ble gjennomført i klassen (jfr. Kap.4.6). Jeg var moderator, mens medstudentene var informanter. Deretter gav lærere og medstudenter tilbakemeldinger til meg som intervjuer og moderator. En nyttig tilbakemelding var at da jeg stilte åpne spørsmål, gav jeg respondentene for liten tid til å reflektere over spørsmålet, og begynte for tidlig på neste spørsmål. Etter pilotstudien kunne jeg korrigere noen forhold til fokusgruppeintervjuene, og endre både intervjuguidens form og innhold. Til slutt endte jeg opp med tre tema; samarbeid, brukervedvirkning, fysisk aktivitet og psykiske lidelser.

Intervjuene ble foretatt på arbeidsplassen til fagpersonene. Jeg opplevde respondentene som rolige under intervjuene, og det kan tyde på at arbeidsplassen representerte et trygt

miljø og en trygg ramme. På den andre siden kan gjennomføring av intervjuene på en arbeidsplass prege respondentenes oppmerksomhet, siden de er i en arbeidssituasjon under intervjuet. Dette kan ha påvirket respondentenes konsentrasjon og videre deres svar på spørsmålene. Spørsmålene kan muligens misforståes og tolkes feil dersom respondentene ikke har vært oppmerksom på hvordan spørsmålene stilles noe som kan gi utydelige svar. Jeg opplevde imidlertid respondentene som oppmerksomme under samtlige intervjuer, og det virket ikke som om det var noe utenfra som påvirket gruppene i vesentlig grad.

Respondentene, særlig i første gruppe, hadde arbeidet sammen en god stund, og jeg opplevde at de var trygge på hverandre, noe som kan ha hatt betydning for dialogen og flyten mellom deltakerne. I tillegg ble det servert småkaker og kaffe under samtlige intervjuer for å skape en avslappende atmosfære. Personer som har arbeidet sammen en god stund danner det som kalles «allerede eksisterende grupper» (Malterud, 2012). Fordelen med en slik gruppe er at deltakerne ofte sitter inne med nokså like opplevelser og erfaringer (jfr. Malterud, 2012). På den andre siden kan personer som kjenner hverandre ha vansker med å si hva de egentlig mener om temaet, siden det handler om deres arbeidsroller og arbeidssituasjon. Eksempelvis kan dette ha betydning for et spørsmål fra intervjuguiden som dreide seg om maktbegrepet. Jeg opplevde at det var vanskelig for respondentene å diskutere begrepet i relasjon til deres arbeid. Makt kan forstås som et vanskelig fenomen å diskutere. Man kan overveie hvor mye makt en fagperson har ovenfor en person med psykiske lidelser, og hvilke fordeler og ulemper det har. Gjennom brukermedvirkning skal det imidlertid legges til rette for at brukeren får et mer aktivt ansvar i forhold til utformingen av sin egen behandling, noe som kan styrke brukerens makt over sin egen situasjon (Storm et al., 2009).

Siden jeg har en bachelorgrad i Folkehelse med vekt på fysisk aktivitet, kan dette ha påvirket mine formuleringer av spørsmålene i intervjuguiden. For meg er fysisk aktivitet basert på turer i skogen, styrke og kondisjon. Etttersom jeg har sett bort fra hverdagslige gjøremål som å vaske og gå trapper, som kan være dekkende for noen brukere med psykiske lidelser, kan dette ha gitt meg andre svar enn det respondentene kanskje ville ha svart dersom jeg hadde fokusert mer på spørsmål om hverdagslige oppgaver. Det jeg kunne ha gjort er å tenke annerledes i forhold til fysisk aktivitet med hensyn til psykiske lidelser. Muligens ville min forforståelse over fysisk aktivitet og psykisk helsearbeid være annerledes dersom jeg hadde erfaring fra et slikt arbeidsmiljø. Videre kunne jeg ha

konkretisert spørsmålene i siste intervju og lagt mer vekt på hverdagslige gjøremål enn det jeg gjorde.

Transkriberingen ble nedskrevet ordrett, men jeg valgte å utelukke latter fordi jeg tolket at respondentene svarte på spørsmålene med faglig informasjon hvor latter ikke passet inn eller gav vesentlig tilleggsinformasjon. Ifølge Kvale & Brinkmann (2010) må man velge ut hvilke dimensjoner, blant annet pauser, følelsesuttrykk, latter og sukk, som er nødvendig å ha med i transkriberingen. Det finnes ingen konkrete svar på hva som er best å ha med, men det vil avhenge av hva transkripsjonen skal brukes til (Kvale & Brinkmann, 2010). Da jeg skulle transkribere hva respondentene hadde sagt på lydopptakeren, lyttet jeg gjentatte ganger for å unngå feil. Underveis i transkriberingen kunne jeg høre setninger som var uklare; da kan det være fristende og «endre på» setningene for å få teksten mer enhetlig. Dersom noe var uklart, markerte jeg med tre prikker, og skrev i parentes (... uklart hva som sies). I følge Malterud (2011) tar det tid å høre på råmaterialet, men jeg valgte å transkribere samtlige intervjuer selv. Dette siden jeg selv var intervjuer, og dermed kunne huske momenter som kunne oppklare uklarheter eller aspekter som var betydningsfulle for meningen i tekstmaterialet (Malterud, 2011).

7.1.2 Validitet

Validitet omhandler gyldigheten av de tolkningene som er blitt gjort i undersøkelsen, og sannsynligheten for at det ikke er gjort signifikante metodologiske feil (Thagaard, 2009). Det kan ha betydning om forskeren er knyttet til det miljøet som studeres eller er utenforstående. Videre kan gyldigheten vurderes ved å sammenlikne resultatene med funn fra andre studier.

Før spørsmålene i intervjuguiden ble utformet leste jeg nøye gjennom artikler fra studier som kunne ses i sammenheng med problemstillingen i denne undersøkelsen. Det medførte refleksjon over hvilken type spørsmål som best mulig kunne belyse problemstillingen. Siden dette selvsagt er første gang jeg skriver en masteroppgave med egendefinert problemstilling, kan det være utfordrende å tenke ut hva jeg skal spørre om i intervjuene; samsvarer dette med det jeg ønsker å få svar på?

Jeg har ingen arbeidserfaringer fra DPS - miljøet, noe som må tas i betraktning når studiens gyldighet vurderes. Det kan tenkes at jeg har fortolket feil og det har igjen med at jeg ikke

har arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid. Dette kan både være en svakhet og en styrke i forhold til studien. Jeg kan vanskeligere sette meg inn i respondentenes arbeidssituasjon, hvilket kan gjøre det vanskeligere å forstå hvordan personellet samarbeider med hverandre og brukerne. I tillegg kan noen av svarene virke uforståelige eller uklare ettersom jeg ikke kan se dette i sammenheng med praksis. Videre kan dette ha gjort det vanskelig for meg å finne viktige meningsfulle enheter i transkriberingen. Med mer arbeidserfaring fra relevant enhet ville jeg kanskje kunne identifisere meningsfulle enheter som kan være viktig å problematisere. Dette kunne ha påvirket mine funn og fortolkninger, selv om jeg leste transkriberingen grundig gjentatte ganger. På den annen side kan min manglende erfaring fra psykisk helsearbeid også ha vært en styrke. Eksempelvis vil dette føre til mindre forutbestemte oppfatninger, noe som kan ført til et annet perspektiv enn det jeg ville ha hatt med arbeidserfaring fra et slikt miljø. Da jeg leste transkriberingene, var jeg åpen for ny kunnskap, hvilket kan ha ført til at forforståelsen utviklet seg underveis.

Under intervjuene kan man oppleve at respondentene ikke «forteller sannheten» om de faktiske forhold, men utsagnene kan likevel gi uttrykk om personens oppfatning av seg selv og miljøet (Kvale & Brinkmann 2010). I et intervju kan misforståelser oppstå, da respondentene ikke er klar over at de snakker forbi hverandre om et tema. Dersom det skjer, bør moderator spørre respondentene om de kan forklare svaret tydeligere (Malterud, 2011). Ettersom jeg ikke tidligere har vært intervjuer og moderator, kan svarene som respondentene gav virke forståelig under intervjuene, men under gjennomlesing kan man oppdage svar som kan virke uklare. I noen deler av lydfilene var det uklare setninger som dukket opp, og det kan antas at jeg ikke var konsekvent nok med å spørre om vedkommende kunne gjenta og utdype. Dette kan medføre at jeg har mistet viktig informasjon. For å kunne ha muligheten til å tydeliggjøre de svarene som var uklare, ble det gjennomført et andre intervju med den første gruppen. Dette hjalp for å tydeliggjøre det som virket uklart. Uklare setninger kan likevel gi feiltolkninger av teksten. Under samtlige intervju hadde jeg hjelp av en sekretær som skrev notater underveis, mens jeg som moderator kunne konsentrere meg om deltakerne og intervjuguiden. Sekretæren oppsummerte umiddelbart et kort referat av intervjuet, slik at deltakerne fikk bekreftet eller korrigert dersom noe var feil skrevet eller oppfattet feil. Det er hensiktsmessig å ha en sekretær som kan ta notater i forhold til stemning og samhandling, noe som oftest ikke høres på lydopptakeren (jfr. Kap, 4.4)

I analyseprosessen fant jeg sitater jeg anså som viktige å påpeke i studien, og som jeg videre måtte analysere for å forstå hva sitatene kunne representere. Sitatene ble systematisert ut fra underkategorier til hovedkategorier (jfr. Kap 5.4). For å forstå sitatene valgte jeg derfor å beholde fylldige beskrivelser for å sikre en troverdig fremstilling (vedlegg 5). Gjennom analyseprosessen ble sitatene og kategoriene diskutert med medstudenter og veiledere, hvilket førte til visse endringer i tolkningen av kategorier og sitater. Videre har jeg vært oppmerksom på den hermeneutiske sirkelen med prinsippet om den kontinuerlig frem – og tilbake prosess mellom deler og helhet av teksten (jfr. Kvale & Brinkmann, 2010). Etter å ha lest tekstmaterialet gjentatte ganger, oppfattet jeg teksten som en helhet. En fallgrube kan være å overfortolke eller feiltolke, hvilket vil redusere validiteten. I følge Malterud (2011) kan man i en analysefase oppleve å komme frem til en konklusjon som nødvendigvis ikke stemmer med det deltakerne har fortalt. For å unngå feiltolkninger lyttet jeg gjentatte ganger på lydopptakeren for å sikre mest mulig korrekt gjengivelse. Etersom jeg fikk gode råd og tips på hvordan jeg best mulig kunne analysere tekstene, så ville jeg ikke ha gjort noe annerledes. Jeg opplevde prosessen i analysen som ryddig og forståelse for mitt utgangspunkt.

7.1.3 Overførbarhet

Overførbarhet dreier seg om hvorvidt undersøkelsens funn og fortolkninger har relevans i andre sammenhenger (Thagaard, 2009). Vitenskapelig kunnskap skal være overførbar også i kvalitativ forskning (Kvale og Brinkmann 2010). Malterud (2011) hevder at overførbarheten har begrensinger, dermed er utvalgsstrategien en viktig betingelse som er med på å avgjøre hvor grensen går. Før gjennomføring av undersøkelsen ble det benyttet strategisk utvelgelse. Jeg valgte spesifikke respondenter fra et miljø som har arbeidet sammen i et par år. Kunnskapen som har fremkommet i denne studien kan ikke uten videre sies å gjelde andre DPS avdelinger, den kan i utgangspunktet bare si noe om hva ti helsepersonell mener om brukervedvirkning på denne DPS avdelingen i et område i Østfold fylke. På en annen side kan kunnskapen være en verdi og nyttig for andre som opplever brukervedvirkning som interessant og muligens kan relatere dette i deres arbeid. Helsepersonell fra andre DPS kan ha forskjellige erfaringer og meninger om studiens tematikk, og svarene vil kunne variere ut fra hva slags erfaringer respondentene har. Denne studien kan være nyttig for andre fagpersoner både innenfor og utenfor helsesektoren, ettersom medvirkning er et verktøy som også er aktuelt i andre arbeidsmiljø hvor flere

samarbeider. Videre kan denne studien bidra til å bevisstgjøre helsepersonell om verdien av fysisk aktivitet som helsetiltak.

Diskusjon av funn og fortolkninger

Undersøkelsen viser at disse fagpersonene mener at brukervedvirkning er viktig ved tilrettelegging av fysisk aktivitet. Dette kan blant annet bidra til ansvarliggjøring, motivasjon og mestring. Drøftingen blir videre strukturert ut fra studiens to hovedkategorier:

1. Betydningen av medvirkning
2. Fysisk aktivitet som en del av behandlingen

7.2 Betydningen av medvirkning

Denne studien viser at brukervedvirkning oppfattes av helsepersonell som et viktig verktøy; det muliggjør at brukerne kommer med innspill. For å fremme slik medvirkning har fagpersonene ulike måter å planlegge oppholdet på. Ukeplanen planlegges sammen med brukeren, noe som kan bidra til ansvarliggjøring, motivasjon og innflytelse. Det synes som om fagpersonene i denne avdelingen legger vekt på medvirkning, og ønsker å gi brukerne mulighet til å være delaktig i planlegging av oppholdet. Dette er i tråd med intensjonen i St. meld. 16 (2010 -2011), 2010) som sier at brukeren skal kunne ta egne beslutninger i planlegging, gjennomføring og i evaluering av tiltak. Brukervedvirkning viser seg som et nyttig verktøy for at brukeren kan få mer innflytelse på sin egen behandling. Imidlertid trenger nødvendigvis ikke alle brukere ønske å medvirke, i alle fall ikke i samme grad. Det kan tenkes at noen brukere opplever å medvirke som krevende, siden det kan være en ny måte å bli behandlet på, og noen brukere kan være lite vant til å ta avgjørelser. Dersom en bruker pga sykdom ikke klarer å ta vare på seg selv, er det da riktig å la brukeren være delaktig og i hvor stor grad bør brukeren kunne få medvirke? I slike tilfeller bør fagpersonene finne en riktig balanse for og ikke forverre brukerens tilstand. Brukervedvirkning må dermed tilpasses ut fra hvilken mental tilstand brukeren er i (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). På den andre siden kan medvirkning bidra positivt i forhold til å styrke den enkeltes ressurser. I det minste kan man legge til rette for at brukeren får ytre sine meninger og bli hørt av behandlingspersonalet. Dette vil være i tråd med Zetterberg & Hageby (2011) som beskriver at brukervedvirkning kan bidra til at

fagpersoner lytter til brukernes erfaringer og lar dem delta i utformingen av behandlingen. Fagpersonene er ekspert på sitt fag, men det er brukerne som er ekspert på seg selv (Zetterberg & Hageby, 2011). Brukermedvirkning kan gi gevinst i form av bedre behandlingsresultat og bedre utnyttelse av ressurser (jfr. Valla, 2010). Videre kan brukermedvirkning oppfattes som å sette brukerens behov i sentrum (St.meld.nr 16 (2010-2011), 2010).

7.2.1 Dialog

Undersøkelsen synes å vise at det er viktig å kunne kommunisere godt med brukerne gjennom dialog. Freire (1999) beskriver dialog som et møte mellom mennesker. Dialog handler om å dele opplevelser og oppfatninger om pasientens situasjon (Høybråten Sigstad, 2004). Dialog kan være viktig for å skape trygghet og opplevelse av kontroll, samtidig som det vil gi brukeren økt innflytelse over egen behandling. Norsk sykepleierforbund lot gjennomføre en undersøkelse (2008) som benyttet seg av åpne samtaler med tre brukere med psykiske lidelser, fremfor spørreskjemaer. Studien viste at personalet mener det er viktig å høre og lytte til brukerens stemme, fordi dette vil føre til at vedkommende blir tillagt en mer aktiv rolle i sin behandling, hvilket igjen kan bidra til ansvarliggjøring. Fagpersonene mener altså at det viktig at brukeren blir lyttet til for at denne kan få en mer aktiv rolle i behandlingen. Man kan anta at brukere som blir sett og hørt opplever anerkjennelse, hvilket vil være positivt og meningsfullt, ikke minst for personer med psykiske lidelser.

Dialog er en benyttet form i en veiledningssamtale (jfr. Tveiten, 2008). Dialogen i en veiledning handler blant annet om å la brukeren ta del i avgjørelser og beslutninger som påvirker brukerens eget liv (Tveiten, 2007). Pasienter med psykiske lidelser har også behov for å bli hørt og være deltakende, slik at de involveres mer i avgjørelser som gjelder deres behandling. Mangel på dialog kan oppleves som skremmende. Dersom brukeren møter en fagperson som overstyrer samtalen og hindrer ham i å si noe, kan en slik situasjon oppleves som krenkende og nedverdiggende. En slik overstyring kan også påvirke brukerens selvbilde og motivasjon for oppholdet. Dette er altså ingen reell dialog, og man kan spørre om hvem som har nytte av slik kommunikasjon. Dette utdypes av Freire (1999) som skriver; Uten troen på mennesket kan dialogen bli preget av passivitet og usikkerhet. Dersom en fagperson spiller en autoritær rolle og ikke lytter til brukerens ønsker og i stedet styrer brukerens behandling, kan det resultere i at brukeren blir preget av passivitet og

usikkerhet, hvilket igjen naturligvis vanskeliggjør de videre forsøk på dialog mellom partene.

I resultatdelen fremkommer at brukerne noen ganger ikke er med på å rydde kjøkkenet. For å unngå konflikter vil da fagpersonene forklare hvorfor brukeren ikke bør delta på alle hverdagslige aktiviteter. Psykiske lidelser kan som kjent forårsake tristhet og motløshet, og gjerne negative tanker om seg selv (Martinsen, 2011). Dersom en bruker i en slik situasjon får beskjed om at han eller hun ikke får lov å hjelpe til med å rydde, kan det tenkes at brukerne opplever å ha gjort noe feil eller ikke er flinke nok. I slike tilfeller kan det være viktig at fagpersonene på en respektfull måte begrunner hvorfor en ikke får delta i ryddingen. Dette kan oppleves som uttrykk for respekt og kan føre til at de får mer tillit til fagpersonene, noe som kan styrke samarbeidet mellom «partene». Eide & Eide (2004) skriver at fagpersoner har en viktig rolle i å møte brukerens behov og ønsker, samt å fremme brukerens ressurser, ved å lytte i dialogen for å utvikle et godt samarbeid. Pasientene bør utfordres til å være aktive og ha tiltro til egen kunnskap, og fagpersonen bør alltid være oppmerksomme på sin evne til å lytte (jfr. Bjørslund, Larsson & Kvigne, 2012)

7.2.2 Individuell tilpasning

Medvirkning og individuell tilpasning i forhold til fysisk aktivitet synes å være viktig. Respondentene mener at aktivitetene skal være tilpasset hver enkelt bruker, hvilket kan være lite forenlig med at aktivitetene allerede på forhånd er «tilrettelagt» og bestemt. Ettersom brukere har ulike fysiske og psykiske forutsetninger, bør hver enkelt bruker få individuell tilpasning i forhold til fysisk aktivitet. Dette vises også i undersøkelsen til Crone & Guy (2008), som utførte en kvalitativ studie på pasienter med psykiske lidelser, der pasientene deltok på idrettsterapi som en del av behandlingen. Funnene viste at brukerne som benyttet seg av sportsterapi gikk ned i vekt og ble mer sosiale, noe som førte til at de opplevde tilhørighet. Disse faktorene ga brukerne motivasjon til å gjennomføre behandlingen.

Når helsepersonell tilrettelegger, er det viktig at man finner aktiviteter som deltakerne liker og mestrer, dermed kan lett fysisk aktivitet også være effektivt (Sosial- og helsedirektoratet (2010)). I en slik planleggingsfase kan det være viktig at brukeren deltar og er med på å bestemme utformingen av behandlingen. På denne måten kan partene også bli bedre kjent med hverandre, noe som kan være vesentlig for et godt samarbeid. I lys av dette er det viktig at brukere med psykiske lidelser oppdager kroppens positive reaksjoner

gjennom fysisk aktivitet, som blant annet glede og mestring. Fagpersonene har dermed et ansvar ved å legge ambisjonsnivået på et nivå som brukeren mestrer (Sosial- og helsedirektoratet, 2010).

Det paradokset som viser seg er at mye av *opplegget allerede er tilrettelagt*. Dette blir sagt i første intervju, hvor en respondent forteller hvordan de tilrettelegger aktivitetene. I tolkningen oppfatter jeg at brukeren får ta del i planleggingsfasen, men dersom mye av opplegget allerede er tilrettelagt, kommer dette i et underlig lys. Dette kan virke noe uklart, ettersom fagpersonene vektlegger medvirkning for å opprettholde brukerens motivasjon og mestringsopplevelse. Storm et al., (2009) beskriver brukermedvirkning som en strategi for mestring. En årsak til at aktivitetene allerede er tilrettelagte kan være at fagpersonene har behov for å spare tid på planleggingen, slik at de kan bruke mest mulig tid på andre deler av brukerens behandling. Videre kan det indikere at de aktuelle fagpersoner har så mye erfaring og videreutdanning innen fysisk aktivitet at de på forhånd bestemmer hvilke øvelser og aktiviteter de mener er nyttige for brukerne. På den annen side vil individuelt tilrettelagte øvelser være en fordel for mange brukere med psykiske lidelser. Dog kan enkelte brukere ønske på forhånd «tilrettelagte» aktiviteter for å unngå stress og for mange valgmuligheter. Dette kan variere fra bruker til bruker. For å gi brukerne et godt tilbud, er det viktig at fagpersoner informerer, tilrettelegger og fremmer fysisk aktivitet som en behandlingsmetode innenfor psykisk helsearbeid (Sosial- og helsedirektoratet, 2010).

7.2.3 Ansvarliggjøring

Det fremkommer i studien at fagpersonene mener at brukermedvirkning er viktig for samarbeidet mellom brukeren og fagpersonene. De sistnevnte tolket medvirkningsbegrepet som det å la brukeren få være med på å bestemme, å ha innflytelse, og samtidig være aktiv i behandlingen for å fremme ansvarlighet og mestring. Empowerment tilsier at makten både gis og deles mellom partene (jfr. Gibson, 1991). Det kan kanskje være grunn til å spørre om hvor mye ansvar man bør tillegge en person med psykisk lidelse, og om personen er i stand til å ta dette ansvaret? Dersom ansvaret blir for omfattende, vil personen da oppleve å mestre? Personer som har liten tiltro på sin egen mestring kan ha vansker med å tro at man skal kunne oppnå noe som helst, hvilket er vanlig hos deprimerte personer (jfr. Martinsen, 2011). Det kan antas at brukerne opplever mestrings forventning hos helsepersonellet. I slike tilfeller kan det være viktig å la brukeren få tid til å finne ut hva han eller hun selv mestrer og ikke mestrer, og vektlegge dette mer enn

helsepersonellens ønsker. Dersom en bruker får tilbud om mer innflytelse på sin egen behandling, kan det tenkes at noen ikke er forberedt på å håndtere dette ansvaret, og derfor trenger mer tid på å bli tilstrekkelig trygg på seg selv. På den annen side kan ansvar være en motivasjon til å kunne klare hverdagen og påvirke mestringsopplevelsen. Det kan bidra til utvikling både fysisk, psykisk og sosialt.

Støvind, Hanneborg & Ruud (2012) har gjennomført en studie av brukerstyrte innleggelser, hvilket innebærer at brukerne selv får bestemme når de ønsker innleggelse. Resultatene viste at brukerne var fornøyde med et slikt opplegg, og det førte til vesentlig reduksjon av antall oppholdsdøgn, selv om antall innleggelser økte. Brukerne opplevde at de fikk være deltakere i sin behandling, noe som kunne gi økt ansvarlighet. Dette kan i seg selv ha en positiv innvirkning på brukernes psykiske helse (Støvind et al., 2012). Brukerstyrte innleggelser kan være viktig, slik at brukerne kan bestemme og ta egne valg. I min studie sies det imidlertid ingenting om brukerstyrte innleggelser i DPS avdelingen. En svakhet ved brukerstyrte innleggelser kan være at brukeren legger seg inn på en institusjon for sent, slik at behandlet kommer i gang for sent.

Videre viser resultatene i min studie at fagpersonene mener de har ansvar for å holde pasientmedvirkningsmøte og brukerforum hver uke. Brukeren har derfor mulighet til å ta opp forhold i felles forum, og samtidig bidra med forslag til turer og aktiviteter. Det fremkommer i denne studien at fagpersonene har tro på undervisning om fysisk aktivitet for brukerne, da dette medførte at brukerne selv tok mer ansvar for å være aktive etter undervisning.

Fagpersonene bør ikke innta en «vi vet best» holdning, men i stedet se på brukeren som ekspert på seg selv, og anse brukarmedvirkning som en forutsetning (jfr. Tveiten, 2007). Det kan tenkes at fagpersonene opplever det som vanskelig å gi deler av ansvaret til brukeren, fordi de mener de selv har best kunnskap og kompetanse til å behandle pasienten. Dermed kan brukeren oppleve å ha mindre medvirkning enn han eller hun hadde håpet. Dersom brukeren ønsker å medvirke, men dette etter personellens oppfatning ikke lar seg gjøre, kan brukeren oppleve slike situasjoner som at de ikke blir hørt og respektert, noe som kan påvirke tilliten til helsepersonellet. I tråd med dette mener Høybråten Sigstad (2004) at den tradisjonelle profesjonsrollen kan være en av flere faktorer som gjør det vanskelig å få til en reell brukarmedvirkning.

Videre er det en utfordring å få til et samarbeid hvor både personalets og brukerens kompetanse har rimelig plass, og at dette samtidig er til brukerens beste (jfr. Tveiten, 2007). Det kan tenkes at fagpersoner synes det er vanskelig å endre rolle ved å gå fra å være eksperter til å bli personer som samarbeider med brukerne.

7.3 Fysisk aktivitet som en del av behandlingen

7.3.1 Fysisk aktivitet og psykiske lidelser

Fagpersonene ser på fysisk aktivitet som en del av behandlingen og ikke bare en fritidssyssele. Fysisk aktivitet står på fellesprogrammet hver dag, med aktiviteter som innebandy, basketball, fotball, svømming, felles turer og aktiviteter på treningsrom. Brukerne får dermed mulighet til å bli veiledet av fagpersoner som kan informere om hvorfor fysisk aktivitet er viktig, og hva slags øvelser man kan benytte. En slik veiledning kan bidra til at brukerne blir mer bevisstgjorte på å være fysisk aktiv enn det de var tidligere. På den annen side er det usikkert om brukerne opplever aktivitetene som noe positivt eller som et daglig krav. Det kan tenkes at noen brukere opplever aktivitetene som slitsomme, og mange kan slite med å motivere seg til å utfolde seg fysisk. Personer med psykiske lidelser kan oppleve at det er tungt å komme i gang med fysisk aktivitet og å motivere seg for dette (jfr. Moe & Martinsen, 2011).

Dersom brukerne opplever fysisk aktivitet som et krav, kan det være hensiktsmessig at fagpersonene revurderer øvelsene, og kanskje utfyller programmet med øvelser med hverdagslige aktiviteter, som å lage mat, vaske, rydde, gå på butikken etc. Moe & Martinsen (2011) mener at hverdagslige aktiviteter også kan ha en verdi. Som følge av det kan brukerne oppleve at fysisk aktivitet ikke nødvendigvis bare er intensiv trening med kondisjons- og styrkeøvelser, men at hverdagslige aktiviteter også kan ha en viktig funksjon. Videre viser funn under en behandling av brukere med schizofreni at pasientene i utgangspunktet ikke orket å komme seg opp av sengen, men at aktivitetsnivået økte etter en periode med fysisk aktivitet. Dette er i tråd med en studie av Dunn & Jewell (2010) som viser at fysisk aktivitet har blitt mer integrert i behandling av personer med psykiske lidelser i England, og at slik behandling antakelig kan forebygge depresjon, stress og angst. Geus & Moor (2008) beskriver at regelmessig fysisk aktivitet kan redusere hjerte-/karsykdommer, samt psykiske lidelser og risiko for selvmord.

Fagpersoner ser altså på fysisk aktivitet som betydningsfullt for brukere med psykiske lidelser, bl.a. fordi brukerne på denne måten kan få utfordret seg både fysisk, psykisk og

sosialt. Det å utfolde seg fysisk kan være gunstig for sinnets helse og med hensyn til selvfølelse, det kan gi mindre tretthet, mer energi og et bedre forhold til egen kropp (jfr., Martinsen, 2011). Videre kan aktiviteter sammen med andre brukere og fagpersonell være en positiv arena for sosialt felleskap som kan styrke brukerens muligheter til å delta på andre arenaer (jfr. Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Det fremkommer i denne studien at avdelingen har en bevegelsesgruppe hvor brukere og fagpersoner går turer sammen. Gjennom en slik gruppe kan brukerne oppleve sosial tilhørighet, og dette kan gi økt motivasjon til å utfolde seg i fysisk aktivitet sammen med andre. Wollf et al., (2011) viser at fysisk aktivitet som en del av behandlingen av personer med psykiske lidelser kan gi positiv effekt, blant annet bedret livskvalitet. For personer med psykiske lidelser handler det om å oppdage kroppens positive reaksjoner, oppleve glede og bli bevisst på egen opplevelse av mestring. Det er imidlertid viktig, å legge ambisjonsnivået på nivået til brukerne (jfr. Sosial- og helsedirektoratet, 2010). I en slik prosess kan det være viktig at fagpersonene selv er pådrivere og motiverer brukerne på best mulig måte, for å fremme glede og gode opplevelser med fysisk aktivitet. Noen brukere kan oppleve den sosiale utfordringen det innebærer å gå turer sammen med andre som vanskelig, siden de ikke er vant til sosialt samvær og dermed ikke vant til å vise hvem de er. De kan også oppleve det som skremmende å ha fremmede personer som ikke kjenner ens historie nær innpå seg. Det kan igjen ha sammenheng med at man har mistet troen på seg selv og på at de selv betyr noe for andre (Svisdahl, 2008). Med en slik selvoppfatning blir selvtilliten redusert. På den annen side kan noen brukere oppleve en slik gruppe som betryggende, siden flere andre i gruppen også sliter med psykiske plager, og det kan oppleves bra å prate med personer som har lignende erfaringer og opplevelser. Dette siste kan trolig bidra til en positiv mestringsprosess der brukeren selv kan ta initiativ til å dele sine opplevelser med andre.

Fagpersonene i denne studien mener at noen brukere opplever fysisk aktivitet som skremmende, antakelig fordi de hadde vært lite aktive på forhånd og hadde liten kjennskap til kroppens reaksjoner når de utfoldet seg fysisk, som svetting, andpustethet, og rask puls. I startfasen er det viktig å tilrettelegge lett fysisk aktivitet. For mange handler det om å oppdage kroppens positive reaksjoner på det å være i aktivitet; opplevelse av glede, økt overskudd, og å oppleve mestring (Sosial -helsedirektoratet, 2010). Fagpersonene må

informere, motivere og fortelle om kroppens naturlige reaksjoner på fysisk trening og slik bidra til å forhindre en usikkerhet blant brukerne omkring det å utfolde seg fysisk.

7.3.2 Motivering

Resultatet viser at fagpersonene mener at brukere med psykiske lidelser ofte trenger hjelp til daglig motivering og til å rette oppmerksomheten mot positive aspekter. Hver bruker har her en dagkontakt de kan samarbeide med. Mange personer forbinder fysisk aktivitet med glede og sosial kontakt i tillegg til at det er helsefremmende (Martinsen 2011). Personer med psykiske lidelser kan derimot ha et mer negativt forhold til fysisk aktivitet, og dermed være mer inaktive. Mange sliter med angst, depresjoner og lav selvfølelse, og trenger ofte hjelp og oppfølging for å komme i gang (Martinsen, 2011). Happell, Scott, Phung & Nankivell (2011) viser til en undersøkelse som beskriver sykepleiernes syn på fysisk aktivitet for personer med alvorlige psykiske lidelser. Ifølge denne mener sykepleierne det er viktig å informere og motivere til fysisk aktivitet for å forebygge og bedre psykiske lidelser, og samtidig informere om konsekvenser dersom en ikke er fysisk aktiv (jfr. Happell et al., 2011). Det er viktig at fagpersoner informerer brukere om hva slags problemer som kan oppstå ved fysisk inaktivitet. Det kan trolig bidra til at brukerne blir mer klar over nytten ved å trene med tanke på å få i gang en endringsprosess, slik at de i større utstrekning kan klare seg selv.

Å motivere brukere til fysisk aktivitet kan være spennende, men også krevende. Som fagperson kan det være spennende å se hvordan brukerne reagerer dersom det lykkes å motivere. Vil brukeren oppleve motivasjonsprosessen som positiv eller som masete? Dette er omtalt av Martinsen (2011), som hevder at det er viktig å finne en balanse mellom aktiv motivering og press, mas eller tvang, i forhold til det som oppleves som vanskelig. I slike tilfeller kan det være viktig at man ikke presser brukerne til aktiviteter de ikke ønsker, men tilrettelegge slik at brukeren selv synes det er motiverende.

Personer med psykiske lidelser sliter gjerne med angst, depresjon og/eller lav selvfølelse (Martinsen, 2011). I det siste tilfellet kan dette hindre brukerne i å ta til seg motivasjonen fra fagpersonene. Dette kan være en utfordring for fagpersonen, siden man ønsker å hjelpe brukeren. Når brukeren ikke oppfatter motiveringen som hjelp, kan fagpersonen oppleves dette som et nederlag. Til tross for dette bør fagpersonen se på dette som en lærerik erfaring.

Det er viktig at hver bruker får tilpasset plan og aktiviteter som de liker og mestrer. I tillegg kan brukermedvirkning og synliggjøring av ressurser være en faktor i planleggingsarbeidet som kan gi økt interesse og styrke brukerens tro på mestring (Helsedirektoratet, 2010). Forskning gjort av Bårdsen & Thornquist (2010) viser at fagpersonene ikke bør legge til rette for aktiviteter som skaper ulyst og ubehag hos den enkelte. Det gjelder å finne lystbetonte og naturlige aktiviteter som gir glede og ikke gjøres av plikt (Hjort, 2000). Funn viser også at fagpersoner ikke kan «bære brukerne på tur», men kan tilby å være med, dersom dette bidrar til å bli motivert.

Borg (2009) hevder at bedringsprosessen handler om å gjenskape tilhørighet i nærmiljøet, skape en identitet utenfor ens problemer, samt skape et liv på tross av de begrensingene en har. En slik prosess må nødvendigvis knyttes til livssituasjonen til den enkelte. Det er viktig å motivere og se løsninger fremfor problemer i forhold til brukerens behandling (jfr. Gibson, 1999). Videre vil fagpersoner som legger til rette for aktiviteter og selv deltar, enklere oppnå motiverte brukere (jfr. Moe, 2011). Dette kan tyde på at det er positivt for brukere å gjennomføre aktiviteter sammen med fagpersoner, noe som kan bidra til å fremme sosial kontakt og økt trygghetsfølelse. I noen tilfeller kan det tenkes at brukerne opplever det vanskelig når fagpersonene forteller hva en skal gjøre og hvorfor det er viktig å være fysisk aktiv. Dette kan gjenspeile at brukerne har en lidelse som hemmer dem i å se muligheter og løsninger, og i stedet fokuserer på problemer. Som nevnt tidligere kan dette ses i sammenheng med at psykiske lidelser påvirker følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og atferd (Martinsen, 2011).

7.3.3 Fremskaffe kunnskap om fysisk aktivitet

Resultatene viser at fagpersonene har tro på undervisning om fysisk aktivitet for brukere i behandlingsprosessen, fordi de selv opplevde at brukerne tok mer initiativ til og ansvar for å være fysisk aktive etter undervisning. Brukerne ble altså mer motiverte når de hadde undervisning om fysisk aktivitet. Det er interessant å se dette i relasjon til resultatene i en studie av Skrede, Munkvold, Watne & Martinsen (2006). Disse forfattere beskriver et forskningsprosjekt som er gjennomført ved psykiatrisk klinikk i Helse Førde i samhandling med Sogn og Fjordene idrettskrets. Her har de gjennomført kurs for treningskontakter, helsesportspedagoger og ruskonsulententer. Treningskontakter er en ny form for støttekontakter. Helsepersonellet fikk et 40 timers kursprogram om treningslære, psykiske lidelser og rusproblemer, og hvordan man kan hjelpe mennesker i nærmiljøet. Resultatet

viste at det er et stort behov for treningskontakter, og det er nå utdannet nære 300 slike personer (jfr. Skrede et al., 2006).

Undervisning om fysisk aktivitet kan medføre at man oppdager et større repertoar av fysiske aktiviteter. Noen brukere kan i utgangspunktet oppleve fysisk aktivitet som bare krevende øvelser med høyt tempo som forutsetter at man er i god fysisk form, og derfor vegrer de seg for å delta i disse aktivitetene. Dersom brukerne får undervisningen om ulike treningsformer, kan det være enklere å finne aktiviteter som passer med ens eget fysiske nivå. Det kan være aktiviteter som både kan være motiverende og i tillegg lette å ta med seg videre etter utskrivning. I følge Moe & Martinsen (2011) kan undervisning være motiverende når man retter oppmerksomheten mot hvorfor det er viktig å trene, konsekvenser ved ikke å trene, hva som skal til for å få effekt, hva slags aktivitetsformer man kan benytte seg av, kosthold, samt praktisk informasjon om tilbud og muligheter.

Lund, Ouazzif, Edbergløkken & Bonsaksen (2009) har utført en litteraturgjennomgang der de ser på hvilken betydning fysisk aktivitet har for helsen og livskvaliteten hos personer med psykiske lidelser. De beskriver undervisning om fysisk aktivitet, kosthold og helse som gis jevnlig som gruppeundervisning og individuelt etter behov. I undervisningen får brukerne selv komme med innspill, meninger og tanker. Å fremskaffe kunnskap om fysisk aktivitet og kosthold kan anses som viktig, ettersom brukerne etter hvert skal utskrives og selv ta ansvar for sitt eget liv. På den annen side kan det være vanskelig dersom fagpersonene har ulike meninger om hva som er riktig fysisk aktivitet for den enkelte. Dersom et tiltak med fysisk aktivitet skal lykkes og ikke skape forvirring hos brukerne, er det viktig at fagpersonene er enige (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Fagpersonene i denne studien sier at de har fått mer kunnskap om fysisk aktivitet gjennom erfaringer og undervisning, slik at de har klart å tatt det med inn i praksis. Det er positivt dersom fagpersoner tilegner seg mer kunnskap om fysisk aktivitet, og klarer å overføre denne kunnskapen videre til brukerne på en måte som kan gi økt motivasjon og bevissthet. Estabrooks, Glasgow & Dzewaltowski (2003) hevder at fagpersoner kan hjelpe brukere til å bli mer bevisst på fysisk aktivitet ved å måle brukerens fysiske aktivitetsnivå, og ut fra dette gi råd og anbefalinger om fysisk aktivitet. Videre skriver Estabrooks et al.,(2003) at det kan være vanskelig å vite hva slags type fysisk aktivitet som er motiverende for den enkelte. I slike tilfeller kan fagpersonene ha en sentral rolle i å fange opp hva brukerne liker av aktiviteter, og hva de opplever som motiverende. Moe & Martinsen (2011)

påpeker at fagpersoner som tilrettelegger for fysisk aktivitet bør ha faglig kunnskap om og positive holdninger til fysisk aktivitet.

Det fremkommer av resultatene at fagpersonene mener det er viktig å begynne med utdanning av personalet først i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet. Happell et al., (2011) påpeker at det er viktig at fagpersoner har mulighet til å utdanne seg innenfor fysisk aktivitet og samtidig få veiledning som bidrar til at de blir mer bevisst på fysisk aktivitet. Dersom fagpersonene blir mer opptatt av fysisk aktivitet og samtidig er aktive selv i hverdagen, kan det være lettere å ta med egne erfaringer inn i behandlingen. Moe & Martinsen (2011) skriver at fagpersoner som er motiverte, energiske og tilbyr fysisk aktivitet med fokus på læring og mestring, lettere oppnår motiverte brukere. Helsedirektoratet har utarbeidet et tipshefte som er rettet mot helsepersonell og andre som vil iverksette tilbud om fysisk aktivitet (Sosial- helsedirektoratet, 2010).

Det kan være et berettiget spørsmål hvorvidt fysisk aktivitet har hatt for liten plass i psykisk helsearbeid. I følge Moe & Martinsen, (2011) har fysiske aktiviteter vært preget av manglende kontinuitet og har i begrenset grad dekket pasientens behov for slik aktivitet. Dette er kanskje å beklage, siden forskningen viser at trening har effekt ved blant annet depresjon, angst og rusmisbruk (Martinsen, 2011). En årsak kan være at fysisk aktivitet kan være tidskrevende. I noen DPS avdelinger kan det være fagpersoner som ikke har spesiell kompetanse på området, hvilket kan føre til at fysisk aktivitet ikke vektlegges, men fortrenses av andre aktiviteter eller behandlingsmodaliteter. Selv om fysisk aktivitet tilsynelatende har hatt liten plass i psykisk helsearbeid, har helsepolitikken likevel rettet søkelyset mot denne type helsefremmende arbeid i Norge (St.meld.nr.16 (2002- 2003), 2002). Økt kunnskap om hvordan fysisk aktivitet kan brukes i behandling av psykiske lidelser vil være viktig. Dette gjelder både hvordan fysisk aktivitet blir anvendt i behandlingen og hvilken oppmerksomhet det får. Resultatene viser at fagpersonene mener at fysisk aktivitet er en naturlig del av behandlingen og ikke bare en fritidsyssel.

Gjennom denne forskningsprosessen har jeg fått en større forståelse for hva helsepersonellet mener om brukermedvirkning. Resultatene tyder på at helsepersonellet ønsker å la brukere med psykiske lidelser ha innflytelse på egen behandling. Dette gir dem mulighet til å ta ansvar og kontroll over eget liv, og bidra til empowerment. Dette begrepet retter oppmerksomheten mot enkeltindividet som bør ha større innflytelse og kontroll over faktorer som påvirker dets helse (Mæland, 2012). I planlegging av brukerens opphold har

disse mulighet til å medvirke, men resultatene viser at *mye av opplegget allerede er tilrettelagt*. Man kan problematisere dette, og stille spørsmål ved hvor mye brukerne egentlig får medvirke? Dersom brukerne ikke får medbestemme hvilke øvelser som skal vektlegges i behandlingen, kan dette bidra til det motsatte av empowerment.

8. Avslutning

Hensikt med denne studien har vært å frembringe kunnskap om hva helsepersonell mener om brukervedvirkning ved fysisk aktivitet på en DPS avdeling. Studien har fokusert på brukervedvirkning på individnivå. Utvalget har bestått av 10 helsepersonell med ulike yrkesbakgrunn; ergoterapeuter, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter og sykepleiere med ulike videreutdanning.

8.1 konklusjon av studien

Brukermedvirkning kan forstås som et viktig verktøy for å muliggjøre at brukerne kommer med innspill. I starten av oppholdet planlegger fagpersonene og brukerne en *individuell ukeplan*, slik at brukeren selv får bekrefte hva slags behov og ønsker han eller hun har, dette kan bidra til ansvarliggjøring og innflytelse. *Ansvarliggjøring* har sammenheng med brukervedvirkning. Fagpersonene tolket medvirkningsbegrepet som å la brukerne få være med på å bestemme og ha innflytelse på behandlingen, samt være aktiv i det som skjer på avdelingen, med formål å fremme ansvarlighet og mestring.

I samarbeidet mellom brukeren og fagpersonen er det viktig med god kommunikasjon, slik at de kan føre *dialog* med hverandre. Dialog er viktig for å skape trygghet, opplevelse av kontroll og økt innflytelse over egen behandling. Mangel på dialog kan være skremmende; dersom en fagperson overstyrer dialogen og dermed hindre denne, idet brukeren ikke kommer til orde med sine synspunkter. Dette kan oppleves krenkende og kan påvirke brukerens selvbilde og motivasjon.

Det paradokset som kan ses av resultatene er at mye av opplegget allerede er tilrettelagt. Det kan se ut som om at brukeren får ta del i planleggingsfasen, men mye av opplegget er allerede «tilrettelagt», og man kan derfor undre hvorvidt brukeren reelt får medvirke.

Fysisk aktivitet kan være betydningsfullt for personer med psykiske lidelser, trolig fordi de får utfordret seg fysisk, psykisk og sosialt. Fagpersonene ser på *fysisk aktivitet som en del av behandlingen og ikke bare en fritidsyssel*. Gjennom oppholdet kan brukerne ha behov for å bli *motivert* av fagpersonene til å utfolde seg fysisk. Undersøkelser viser at mange personer forbinder fysisk aktivitet med glede, sosial kontakt og som helsefremmende, men personer med psykiske lidelser kan derimot ha et negativt forhold til å være fysisk aktiv. De kan derfor trenge hjelp til oppfølging for å komme i gang.

Å *motivere* personer med psykiske lidelser kan være spennende, men også krevende. I noen tilfeller er det viktig ikke å presse brukerne til noe de ikke ønsker, men tilrettelegge aktiviteter som brukeren selv synes er spennende. Videre er det viktig å gå gradvis frem å motivere brukerne på det fysiske nivået de er, slik at det i startfasen ikke blir stilt for høye krav.

For å *fremskaffe mer kunnskap* om fysisk aktivitet, har den undersøkte DPS avdelingen undervisning om fysisk aktivitet, både til fagpersonene og brukerne. Fagpersonene opplevde at brukerne tok mer initiativ og ansvar for å være fysisk aktiv etter undervisningen. Dersom brukerne får undervisning om trening i forhold til lavterskelnivå, kan det være enklere å finne aktiviteter som passer for deres livssituasjon og fysiske nivå. Da øker sannsynligheten for at aktiviteten blir videreført etter utskrivningen.

Jeg har forsøkt å synliggjøre hva det deltakende helsepersonell mener om brukermedvirkning i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet, gjennom fokusgruppe intervju. Jeg har vist en sammenheng mellom medvirkning og tilrettelegging av fysisk aktivitet, samt betydningen av å skape et godt samarbeid mellom brukerne og helsepersonellet gjennom dialog og deltakelse.

Forslag til videre forskning

Det vil være av stor interesse å stille brukerne spørsmål om hvordan de opplever samarbeidet mellom seg og fagpersonene på en DPS avdeling i forhold til medvirkning og tilrettelegging av fysisk aktivitet. Videre hadde observasjon av helsepersonell og bruker vært interessant. Da hadde jeg muligens kunne sett og forstått hvorfor respondentene svarte slik de gjorde og hvorfor de arbeider som de gjør.

9. Litteraturliste

- Almvik, R., Heimsnes, C. M. & Tetlie, T. (2009). Using Exercise to treat patients with severe mental illness How and Why?. *Journal of psychosocial Nursing*, 47 (2), 32-40.
- Alsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykeleie - i teori og praksis* (s.79- 98). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Antonovsky, A.(2012). *Helsen mysterium, den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Berge, T., Vedlog, A. & Ekern, E.(2011). Bruker spør bruker: brukerperspektivet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48 (7), 659- 663
- Bjørnsland, B., Larsson W.B. & Kvigne, K.(2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk tidsskrift for helseforskning* 8 (1) 20- 33
- Borg, M.(2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 46(5) 452- 459
- Brofoss, E. K. & Larsen, F. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001. 2009)* (Sluttrapport). Oslo: Norges forskningsråd
- Bårdsen, Å. & Thornquist, E.(2010). Må vi trene for å ha god helse?. *Tidsskrift for den norske legeföreningen*. 130:15 1487- 1488
- Crone, D. & Guy, H. (2008). I know it is only exercise, but to me it is something that keeps me going: A qualitative approach to understanding mental health service user`s experience of sports therapy. *International Journal of Mental health Nursing*, 17 (3), 197 – 207
- Dunn, L.A. & Jewell, S. J. (2010). The effect og exercise on mental health. *Sports medecine reports*, 9 (4), 202 -207.
- Eide, H. & Eide, T. (2004). *Kommunikasjon i praksis* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As.
- Estabroks, A. P., Glasgow, E. R & Dzewaltowski, A. D. (2003). Physical activity promotion through primary care. *The journal of the american medical association*, 289 (22), 2913- 2916

- Folkehelseinstituttet. (2011). *Psykiske plager og lidelser - faktaark med helsestatistikk*. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2011). Psykisk helse i Norge. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,6338:1:0:0:::0:0
- Freire, P. (1999). *De udertryktes pedagogikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Geus de, C. J. E. & Moor de, M. H.M. (2008). A genetic perspective on the association between exercise and mental health. *Mental health and physical Activity, 1* 53-61
- Gibson. C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16(3):354-361.
- Hamann, J., Bronner, K., Margull, J., Mendel, R., Schmid, D. J., Buhner, M., ... Pernezky, R. (2011). Patient participation in medical and social decision in alzheimer`s disease. *Jags, 59*, 2045- 2052
- Happell, B., Phung, P. C. & Scott, D. (2011). Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental health nursing, 20* (5), 310-318
- Hamann, J., Mendel, R., Meier, A., Asani, F., Pausch, E., Leucht, S. & Kissling, W. (2011). "How to speak to your psychiatrist": Shared Decision - Making Training for inpatients with schizophrenia. *Psychiatric service, 62*, 1218- 1221
- Hapell, B., Scott, D., Phung, P.C. & Nankivell, J. (2011). Nurses` views on physical activity with serious mental illness. *Mental health and physical activity, 5* 4-12
- Hausgjerd, S., Jensen, p., Karlsson, P. & Løkke. A. J. (2009). *Perspektiver på psykiske lidelser: Å forstå, beskrive og behandle* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2011). *Helsefremmende og forebyggende arbeid*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/helsestasjon-skolehelsetjenesten/forebyggende-tiltak/Sider/default.aspx>

- Hjort, F. P.(2000). Fysisk aktivitet og eldres helse - gå på!. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 120 (24), 2915-8
- Hofgaard, L. T. (2010). Tidsskrift for norsk psykologforening. *En ny definisjon av helse?*, 47 (4), 362. doi: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=111327&a=5
- Høybråten Sigstad, H. M.(2004). Brukermedvirkning - alibi eller realitet? *Tidsskrift for den norske legeforening* 124 (1), 63-64
- Håkonsen, M.K. (2000). *Mestring og lidelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Jensen, G.A. (2012). Brukermedvirkning – hva er så det? A.G. Jenssen & I.M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning likeverd og annerkjennelse* (s. 42-51). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langeland, E.(2006). Mestring av psykiske helseproblemer - salutogenese i teori og praksis. A. Almwik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s.87- 103). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Lauvås, K & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiver og strategi* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Lidal, E. & Røhme, K.(2006). Individuell plan, et virkemiddel for koordinering, sammenheng og forutsigbarhet. A. Almwik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (S. 169- 179). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke As
- Lund T. H., Ouazzif, L., Edsbergløkken, V. & Bonsaksen, T. (2009). Fysisk aktivitet ved alvorlig psykisk lidelser: Bakgrunn, intervensjon og kliniske erfaringer. *Ergoterapeuten*, 9
- Løken, H. K. (2006). Å lykkes med brukermedvirkning. A. Almwik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 187-200). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke As.
- Malterud, K.(2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, E. W. (2004). *Kropp og sinn - Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn- fysisk aktivitet, psykisk helse – kognitiv terapi* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Moe, T & Martinsen, E. W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. E. W. Martinsen & T. Moe (Red.), *Psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtaleterapi* (s.76- 96). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende Helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2008). De regionale komitter for medisin og helsefaglig forskningsetikk (REK). Hentet fra https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n

Norsk sykepleierforbund. (2008). *Lytt og lær. 96 (01): 58- 61* Hentet fra <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/116261/lytt-og-lar>

Norvoll, R.(Red.). (2002). *Samfunn og psykiske lidelser* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient - og brukerrettigheter* (pasient - og brukerrettighet loven). Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>.

Ringdal, k. (2009). *Enhet og Mangfold* (2. utg.). Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Schafft, A. (2006). Om å komme seg i arbeid. R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse* (s. 188- 122). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Skjefstad, N. (2012) Brukermedvirkning sett i et anerkjennelsesteoretisk perspektiv. A. G. Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning Likeverd og anerkjennelse* (s.54- 73). Oslo: Universitetsforlaget

- Skrede, A., Munkvold, H., Watne, Ø. & Martinsen, W. E.(2006). Treningskontakter ved rusproblem og psykiske lidinger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 15 (126), 1925- 7
- Sletteland, N. & Donovan, M.R. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Snoek, E, J., & Engedal, K.(2000). *Psykiatrici: Kunnskap. Forståelse. utfordringer* (2.utg.). Oslo: Askribe Forlag
- Sosial- og helsedirektoratet. (2000). *Fysisk aktivitet og psykisk helse - anbefalinger* (Veileder IS- 1011/ 2000). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2003). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006: forslag til tiltak 2003- 2006* (Veileder IS-1128/2003). Oslo: Direktoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser*(veileder IS- 1202/ 2004). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tilrettelegging-av-fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-psykiske-lidelser/Sider/default.aspx>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*(Veileder IS -1219 /2005). Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/norske-anbefalinger-for-ernering-og-fysisk-aktivitet/Publikasjoner/norske-anbefalinger-for-ernering-og-fysisk-aktivitet.pdf>
- Sosial- og 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* (Veileder IS- 1670 / 2010). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Sider/default.aspx>
- Storm, M., Rennesund, B. Å. & Jensen, F. J. M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- St.meld. 37 (1992- 1993). (1992). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialdepartement
- St. meld. 25 (1996- 1997). (1996). *Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartement

- St.meld.nr 16 (2002- 2003). (2002). *Resepet for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Det kongelige helse helsedepartement
- St. meld. Nr. 47(2008- 2009) .(2008). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted- til rett tid*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
- St. meld. Nr 16 (2010- 2011). (2010). *Nasjonal helse Og omsorgsplan (2011- 2015)*.Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
- Støvind, H., Hanneborg, M. E & Ruud, T. (2012). Bedre tid med brukerstyrte innleggelser. *Psykisk helsevern*, 100 (14), 62-64. doi: 10.4220/sykepleiens.2012.0151
- Svisdahl, M.(2008). *Veien ut av psykisk lidelse*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode (3.utg.)*. Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Turnball, J., Diana, L., Parkinson, D., Phillips, P., Francis, B., Webb, S., ... Ashby, M. (2010). *Oxford Advanced learner`s dictionary (8.utg.)*. Oxford: University Press
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... om veiledning i empowermentprosessen. (2. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke As.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis (s. 173- 191.)* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Valla, B.(2010). Brukers medvirkning i psykoterapi – behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47 (4), 308 -314.
- Weisæth, L. & Dalgard, S. O. (Red.). (2000). *Psykisk helse – risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Wolff, E., Gaudlitz, K., von Lindenberger, L.B., Plag, J., Heinz, Stro`hle, A. (2011). Exercise and physical activity in mental disorders. *Eur arch psychiatry Clin Neurosci*, suppl2, 186- 191
- Zetteberg, A & Hageby, C. (2011). Hvordan kan ergoterapeutene fremme brukermedvirkning i rehabiliteringsprosessen? *Ergoterapeuten*, 1, 1-5. Hentet fra <http://www.netf.no/Fagbladet-Ergoterapeuten/Fagartikler>
- Øye, C & Norvoll, R.(2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse (s.73-96)*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1: informasjon om studien

Cathrine Bye Berg

Geitramsvegen 15 A

2052 Jessheim

Kjeller, 19. 06. 2012

Informasjon om studien

Forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju til personalet ved xxx DPS.

Jeg er student ved Masterstudium i Helse og Empowerment ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Masterstudiet har et helsefremmende og forebyggende perspektiv med forankring i folkehelsearbeidet. Jeg skal nå i gang med avsluttende masteroppgave.

Temaet for oppgaven er samarbeid, og jeg skal undersøke hva *helsepersonellet mener om samarbeidet med brukerne på en DPS avdeling i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet.*

For å finne ut av dette ønsker jeg å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer i to grupper med 6 respondenter (ergoterapeuter, hjelpepleiere og sykepleiere med diverse videre utdanning) i hver gruppe, altså 12 personer til sammen. Det er ønskelig at respondentene er både menn og kvinner som har arbeidet i avdelingen i mer enn 2 år. Intervjuene vil foregå i august. Jeg ønsker med denne henvendelsen å spørre om du er villig til å delta i undersøkelsen.

Hensikten med studien er og Utvikle kunnskap om og forståelse av hva helsepersonell mener om brukermedvirkning i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet?

Intervjuene vil foregå i august på en DPS avdeling. Temaene som skal diskuteres vil dreie seg samarbeidet mellom fagpersonene og brukerne i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under diskusjonen.

Fokusgruppeintervjuene, som vil foregå i august måned, vil være gruppediskusjoner som ledes av undertegnende og vil ta ca. fra 1 - 1,5 time. Intervjuene vil bli gjennomført på Moss DPS. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg fra studien når som helst, uten å begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data fra deg slettes. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert slik at ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven, og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, senest innen utgangen av mai 2013. Hvis du har behov for kontakt eller oppfølging etter intervjuet, kan du henvende deg til undertegnende, eventuelt min veileder Sidsel Tveiten, Postboks 4, St. Olavs Plass, 0130 Oslo eller ringe: 99 70 79 58. Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen Cathrine Bye Berg

Vedlegg 2: Informert samtykkeerklæring

Jeg er student ved Masterstudium i Helse og Empowerment ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

I forbindelse med min masteroppgave vil jeg gjennomføre en undersøkelse av hva helsepersonellet mener om sitt samarbeid med brukerne på en DPS avdeling i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet. Jeg ønsker å finne ut respondentenes meninger om og erfaringer med samarbeid med brukerne. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om og forståelse av hva helsepersonell mener om samarbeidet med brukerne i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet for brukere på en DPS avdeling.

For å finne ut av dette ønsker jeg å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer i to grupper med 6 respondenter (ergoterapeuter, hjelpepleiere og sykepleiere med diverse videre utdanning) i hver gruppe, altså 12 personer til sammen. Det er ønskelig at respondentene er både menn og kvinner som har arbeidet i avdelingen i mer enn 2 år. Intervjuene vil foregå i august. Temaene som skal diskuteres vil dreie seg samarbeidet mellom fagpersonene og brukerne i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under diskusjonen. Fokusgruppeintervjuene, som vil foregå i august måned, vil være gruppediskusjoner som ledes av undertegnende og vil ta ca. fra 1 - 1,5 time. Intervjuene vil bli gjennomført på Moss DPS. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg fra studien når som helst, uten å begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data fra deg slettes. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert slik at ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven, og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, senest innen utgangen av mai 2013. Hvis du har behov for kontakt eller oppfølging etter intervjuet, kan du henvende deg til undertegnende, eventuelt min veileder Sidsel Tveiten, Postboks 4, St. Olavs Plass, 0130 Oslo eller ringe: 99 70 79 58.

Dersom du vil være med på intervjuet, er det ønskelig at du skriver under på vedlagte samtykkeerklæring. Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Kjeller, 19. 06. 2012, Cathrine Bye Berg, Geitramsvegen 15 A, 2052 Jessheim

Samtykke til deltakelse i intervjuundersøkelse

Jeg har lest informasjonsskrivet om intervjuundersøkelsen, og jeg sier meg herved villig til å delta i undersøkelsen. Jeg er informert om forløpet i studien, hensikten med studien og hva samtykke vil kreve av meg som deltaker i studien.

Navn (blokkbokstaver):

Tlf. nr.: Dato / sted:

Underskrift:

vedlegg 3 NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

NSD

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Sidsel Tveiten
Institutt for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 423
2001 LILLESTROM

Vår dato: 20.06.2012 Vår ref: 30876 / 3 / KH Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.06.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30876 *Hva mener helsepersonellet om samarbeidet med brukerne på en DPS
avdeling i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet*

Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Sidsel Tveiten*
Student *Cathrine Maria Theresa Bye Berg*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle 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, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. 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, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Venlig hilsen

Vigdis Namtvedt
Vigdis Namtvedt Kvalheim

Kjersti Håvardstun
Kjersti Håvardstun

Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Cathrine Maria Theresa Bye Berg, Geitramsvegen 15 A, 2052 JESSHEIM

Avdelingskontorer / District Offices
OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Vedlegg 4: Intervjuguide for Cathrine Bye Berg

Intervjuguiden gjelder for både første og andre gangs intervju. Dersom man ikke får diskutert alt rundt temaene vil dette gjennomføres videre i fokusgruppe 2. Det vil kunne gjøres oppklaringer og utdypninger både ved første og andre gangs intervju.

Intervju nr: Navn: Alder: Dato: Sted:

Introduksjon:

Hensikten med intervjuet: Fortelle hvordan intervjuet skal foregå

- ➔ Min rolle
- ➔ Assistentens rolle
- ➔ Intervjuet skal foregå som en gruppediskusjon, (respondentene diskuterer med hverandre).

Minne om samtykkeerklæring

Si i fra om pause eller avbryte

Fortell informantene hvor lang tid intervjuet vil vare og informere at hele intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak.

Lyd test, stemmeprøve

- ➔ Få informantene til å si sitt navn
- ➔ Gi ut bordkort der de kan skrive sitt navn på

Sett på lydopptak:

Deltakerne presenterer seg med fornavn og yrkesbakgrunn (stemme test)

Spørsmål

Fysisk aktivitet og psykisk helse

1. Diskuter hva dere mener om å ha fysisk aktivitet som en del av behandlingen?

- Diskuter hvordan dere tilrettelegger fysisk aktivitet for brukerne
- Beskriv en arbeidsdag hvor brukerne er fysisk aktive
- Diskuter hvilke utfordringer dere har erfart i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet til brukere med psykiske lidelser
- Hvilke erfaringer har dere i forhold til når brukerne har deltatt på fysisk aktivitet

Samarbeid med brukere og helsepersonell

2. Diskuter hvordan dere samarbeider med brukerne på DPS avdelingen i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet?

- Diskuter hva samarbeid er
- Fortell om samarbeidet mellom dere og brukerne i forhold til tilrettelegging av fysisk aktivitet
- Diskuter brukerens rolle i samarbeidet
- Diskuter hvilken rolle dere fagpersoner har i samarbeidet
- Diskuter betydningen av fysisk aktivitet for brukerne
- Beskriv situasjoner hvor samarbeidet mellom dere og brukerne →
 - 1) Ikke har fungert
 - 2) Hvordan løste dere det? → Gi eksempler
- Diskuter hva dere ville ha gjort annerledes dersom dere kunne få endret på noe, med hensyn til samarbeidet med brukerne?
- Diskuter hvilke utfordringer dere møter i samarbeid med personer med psykiske lidelser?
- Diskuter deres egen kompetanse i forhold til fysisk aktivitet →
 - 1) Er det behov for videreutvikling
 - 2) Har dere tilstrekkelig kunnskap om fysisk aktivitet

Brukermedvirkning

3. Hvordan ser dere på å la brukerne få være med i utformingen av tjenestetilbudet fysisk aktivitet?

- Diskuter hva brukermedvirkning er
- Diskutere hvordan dere legger til rette for brukermedvirkning
- Hvor fornøyde er dere med brukermedvirkningen i avdelingen? Gi eksempler på hva som eventuelt kan gjøres annerledes.
- Hvordan vil dere beskrive (makt) forholdet mellom deg og bruker. Kan dere utdype dette nærmere og gi noen eksempler på det
- Beskriv hvordan dere har kommet frem til de øvelsene/ aktivitetene dere har i behandlingen
- Hvordan lar dere brukerne få være med å bestemme hvilke øvelser de ønsker å drive med i behandlingen sin?
- Diskuter hvordan dere forholder dere til brukere som ikke deltar: Ikke orker, ikke forstår eller ikke forstår hensikten

Avslutning spørsmål

Av alt vi har diskutert, hva er viktigst for deg når det gjelder samarbeidet mellom deg og bruker?

Oppsummering

En kort pause og assistenten leser opp en kort oppsummering

Stemmer denne oppsummeringen med hva dere har sagt?

Er det noe vi ikke har snakket om, men som vi burde ha snakket om?

4. Er det noe annet dere har å tilføye?

Hvordan følte det å bli intervjuet på denne måten?

Hva synes dere var bra? Hva skal jeg eventuelt forandre?

Hva fikk dere ut av dette intervjuet?

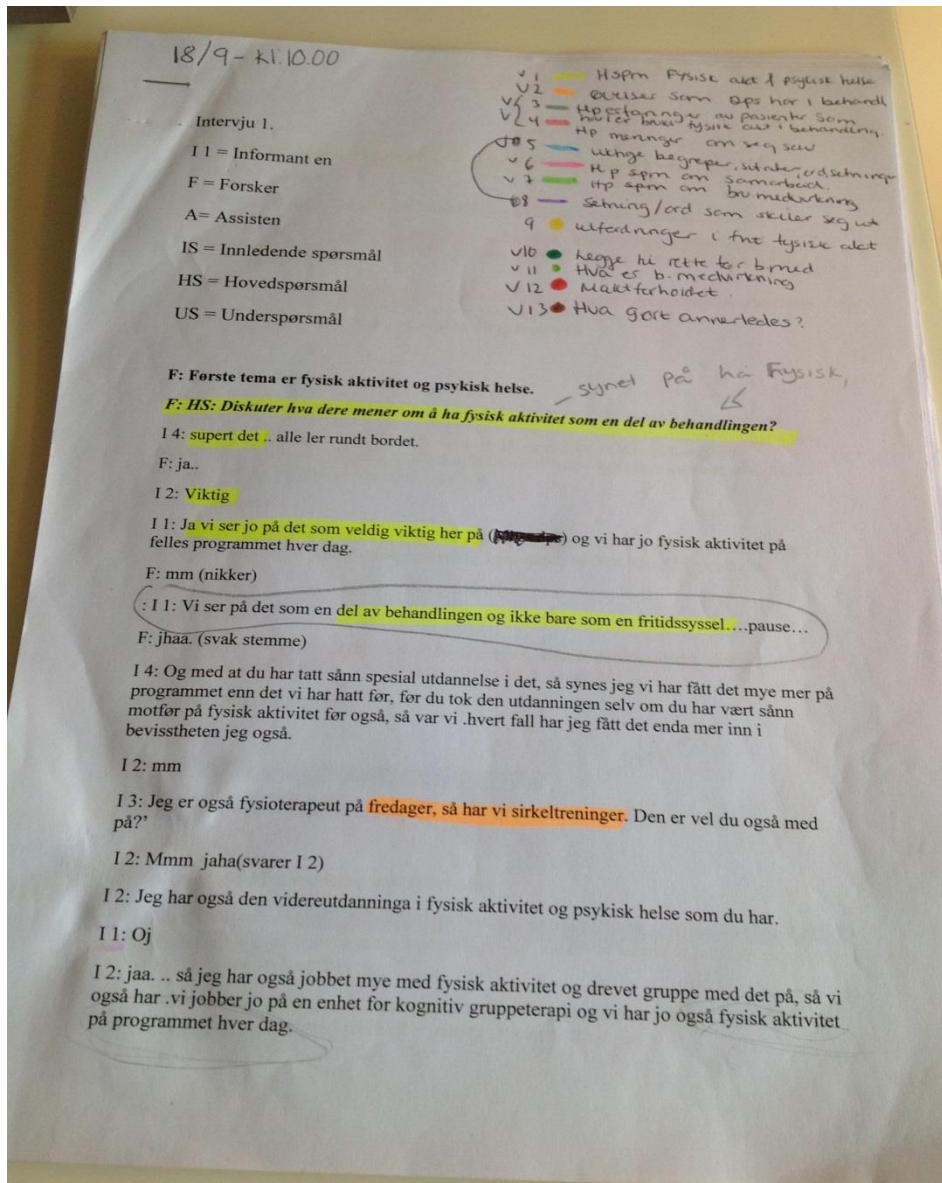
Jeg vil takke for at dere ville delta i min undersøkelse. Da ses vi om 2 uker, slik at dere får reflektert over det vi har diskutert her. Jeg ser frem til å møte dere igjen.

Lykke til videre

Denne intervjuguiden bruker jeg i intervju 2.

1. Respondentenes refleksjon siden sist
2. Utdyping av områdene i intervjuguiden etter at jeg har lyttet til lydfilene og reflektert over diskusjonene i fokusgruppeintervjuet.

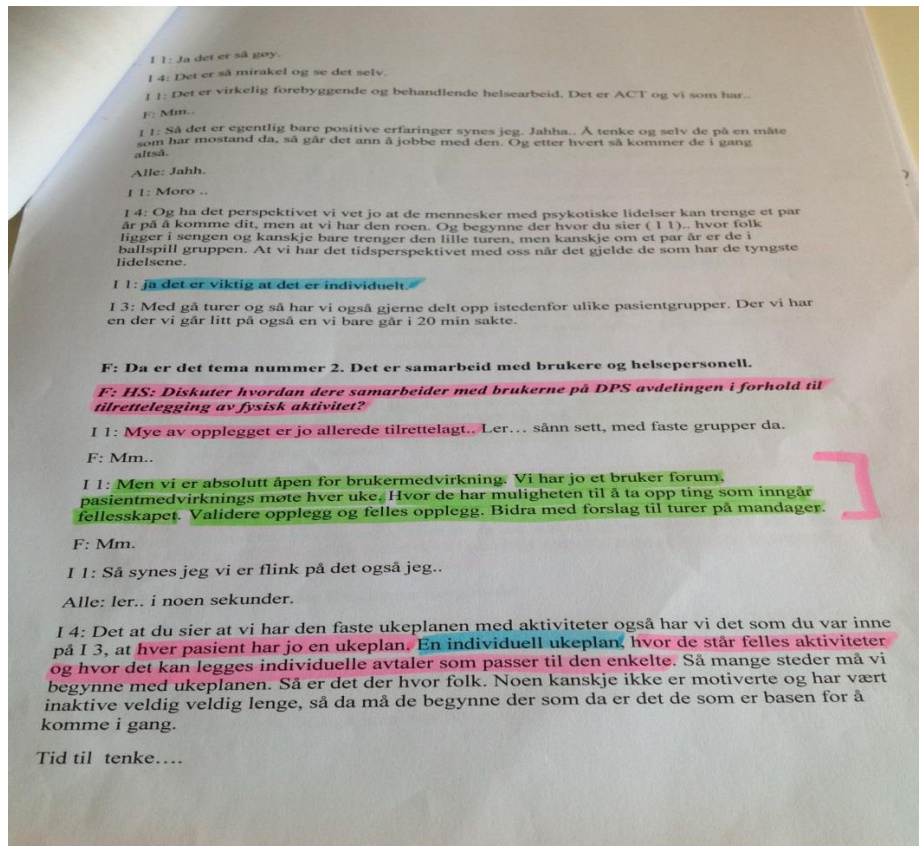
Vedlegg 5: Eksempel på inndeling av analyseprosessen.



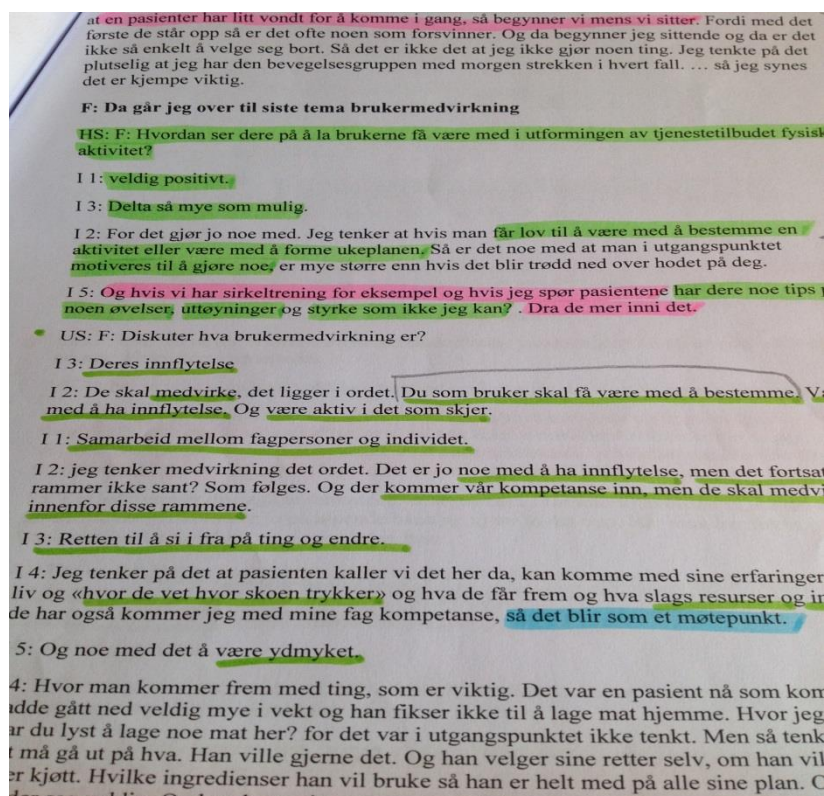
Bilde 1.

Dette bildet viser min første fase i analyseprosessen. Jeg leste over transkripsjonen og markerte med ulike farger ord eller setninger (meningsfulle enheter) som jeg syntes var relevant i forhold til studiens tematikk. Hver kode fikk en betegnelse, for eksempel startet jeg med første hovedspørsmål som var: *Diskuter hva dere mener om å ha fysisk aktivitet som en del av behandlingen?* Jeg markerte dette spørsmålet gult (som vist på bildet) og alt jeg fant som var relevant til dette spørsmål ble markert gult. Videre markerte jeg forskjellige farger på andre ord eller setninger, som jeg syntes var viktig og endte opp

med 13 fargekoder på det første intervjuet. Jeg fortsatte å gjøre det slik på de to andre transkripsjonene og endte med endelige 53 underkategorier.



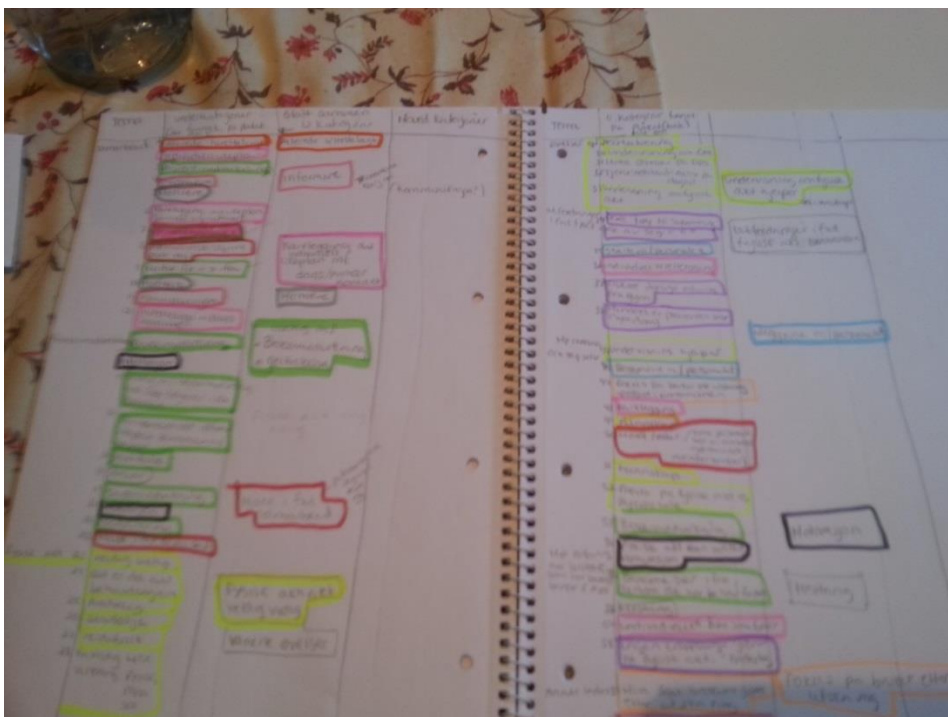
Bilde 2. Bildet viser andre hovedspørsmål som ble markert rosa som sin fargekode



Bilde 3. Bildet viser tredje hovedspørsmål som ble markert grønn som sin fargekode



Bilde 4. Bildet viser de ulike meningsfulle enhetene (ord eller setninger) som jeg markerte med ulike fargekoder, (fra bildene ovenfor). Jeg hang det opp slik, for å få mer oversikt i forhold til kondenseringen (knytte underkategoriene sammen)



Bilde 5. Dette bildet viser ytterligere kondensering av underkategorien om jeg skrev av fra plakaten. Videre knyttet jeg sammen flere underkategorier.

Bildet 6. Dette bildet viser en bredere oversikt over mine underkategorier fra 1- 53 stykker med ulike fargekoder. Dernest kondenserte jeg underkategoriene som jeg kunne se en sammenheng i. Videre skrev jeg opp tanker i forbindelse med underkategoriene som jeg fikk hjelp av hos mine veiledere og medstudenter. Siste bolk viser mine hovedkategorier.

Første bolk: Tema blant annet: samarbeid, brukermedvirkning og fysisk aktivitet

Andre bolk: Underkategorier som er skrevet fra plakaten (fjorrigre bildet)

Tredje bolk: Ytterligere kondensering av underkategoriene

Fjerde bolk: Tanker og innspill fra mine veiledere i forbindelse med underkategoriene

Femte bolk: Mine hovedkategorier. Hovedkategorien har blitt endret underveis, og det presenteres i metodekapittelet.

